

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1942

THÈSE

N° 39

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Grégoire SNÉGAROFF

Né le 22 novembre 1912, à Paris

*Présentée et soutenue publiquement le* ..... 194

26 FEV. 1942

**LA DYSENTERIE BACILLAIRE**  
**DANS LES**  
**HOPITAUX PSYCHIATRIQUES**  
**SA PROPHYLAXIE**

.....  
*Président : M. TANON, Professeur*  
.....

PARIS

IMPRIMERIE UNION, 13, RUE MÉCHAIN

1942



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **SNÉGAROFF**

Prénom : **GRÉGOIRE**

Date de la soutenance : \_\_\_\_\_

Numéro d'ordre : \_\_\_\_\_

1

**SNÉGAROFF (Grégoire).** —

La dysenterie bacillaire dans les hôpitaux psychiatriques. Sa prophylaxie. — *Paris, Imp. Union, 1942, in-8°, 109 p., 3 fig.*

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1942, N° )

2

**SNÉGAROFF (Grégoire).** —

La dysenterie bacillaire dans les hôpitaux psychiatriques. Sa prophylaxie. — *Paris, Imp. Union, 1942, in-8°, 109 p., 3 fig.*

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1942, N° )

3

**SNÉGAROFF (Grégoire).** —

La dysenterie bacillaire dans les hôpitaux psychiatriques. Sa prophylaxie. — *Paris, Imp. Union, 1942, in-8°, 109 p., 3 fig.*

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1942, N° )

4

**SNÉGAROFF (Grégoire).** —

La dysenterie bacillaire dans les hôpitaux psychiatriques. Sa prophylaxie. — *Paris, Imp. Union, 1942, in-8°, 109 p., 3 fig.*

(*Th. méd. (Et.)*, Paris, 1942, N° )



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41551821\\_0010](https://archive.org/details/IA41551821_0010)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Grégoire SNÉGAROFF

Né le 22 novembre 1912, à Paris

*Présentée et soutenue publiquement le..... 194*

**LA DYSENTERIE BACILLAIRE**  
**DANS LES**  
**HOPITAUX PSYCHIATRIQUES**  
**SA PROPHYLAXIE**

---

*Président : M. TANON, Professeur*

---

PARIS

IMPRIMERIE UNION, 13, RUE MÉCHAIN

1942

*Le Doyen : BAUDOUIN*

**I. — Professeurs**

|                                                                        | MM.               |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | ROUVIÈRE.         |
| Physiologie. . . . .                                                   | LÉON BINET.       |
| Physique médicale. . . . .                                             | STROHL.           |
| Chimie médicale. . . . .                                               | POLONOVSKI.       |
| Bactériologie. . . . .                                                 | GASTINEL.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale. . . . .                  | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | N...              |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | QUÉNU.            |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LEROUX.           |
| Histologie. . . . .                                                    | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique. . . . .                                                 | AUBERTIN.         |
| Hygiène et médecine préventive. . . . .                                | TANON.            |
| Médecine légale. . . . .                                               | DUVOIR.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | LÉVY-VALENSI.     |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | Henri BENARD.     |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . . .                      | CHIRAY.           |
| Clinique médicale. . . . .                                             | ABRAMI.           |
|                                                                        | FIESSINGER.       |
|                                                                        | HARVIER.          |
|                                                                        | P.-VALLÉRY-RADOT  |
|                                                                        | CATHALA.          |
|                                                                        | Robert DEBRÉ.     |
| Hygiène et clinique de la première enfance. . . . .                    | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | LEMIERRE.         |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | CADENAT.          |
| Clinique des maladies infectieuses. . . . .                            | GOSSET.           |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | LENORMANT.        |
|                                                                        | MONDOR.           |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | VELTER.           |
| Clinique urologique. . . . .                                           | CHEVASSU.         |
|                                                                        | COUVELAIRE.       |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | LÉVY-SOLAL.       |
|                                                                        | PORTES.           |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | MOCQUOT.          |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . . .                 | LEVEUF.           |
| Clinique thérapeutique médicale. . . . .                               | LOEPER.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                             | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                           | BROCC.            |
| Clinique propédeutique. . . . .                                        | M. VILLARET.      |
| Clinique de la Tuberculose. . . . .                                    | TROISIÈRE.        |
| Clinique chirurgicale orthopédique. . . . .                            | MATHIEU.          |
| Clinique de cardiologie. . . . .                                       | DONZELOT.         |
| Clinique de neuro-chirurgie. . . . .                                   | Clovis VINCENT.   |
| Assistance Médico-sociale. . . . .                                     | N...              |
|                                                                        | DOGNON.           |
|                                                                        | HAZARD.           |
| Professeurs sans chaire. . . . .                                       | JAYLE.            |
|                                                                        | OLIVIER.          |
|                                                                        | VERNE.            |



## II. — Agrégés en exercice

MM.

|                                             |                           |
|---------------------------------------------|---------------------------|
| AMELINE . . . . .                           | Pathologie chirurgicale.  |
| BARIÉTY . . . . .                           | Pathologie médicale.      |
| BERNARD (Étienne) . . . . .                 | Pathologie médicale.      |
| BESANÇON (Justin). . . . .                  | Hydrologie.               |
| BONNET . . . . .                            | Bactériologie.            |
| BOULIN. . . . .                             | Pathologie médicale.      |
| BROUET. . . . .                             | Pathologie médicale.      |
| BULLIARD. . . . .                           | Histologie.               |
| CACHERA . . . . .                           | Pathologie médicale.      |
| CORDIER . . . . .                           | Anatomie.                 |
| COSTE . . . . .                             | Pathologie médicale.      |
| COUVELAIRE (Roger). . . . .                 | Urologie.                 |
| DELARUE. . . . .                            | Anatomie pathologique.    |
| DELAY. . . . .                              | Pathologie médicale.      |
| DEGREZ (H.) . . . . .                       | Physique.                 |
| DESOILLE. . . . .                           | Médecine légale.          |
| DIGONNET . . . . .                          | Obstétrique.              |
| DOGNON . . . . .                            | Physique.                 |
| FEVRE . . . . .                             | Pathologie chirurgicale.  |
| FUNCK-BRENTANO . . . . .                    | Pathologie chirurgicale.  |
| GALLIARD. . . . .                           | Parasitologie.            |
| GARCIN. . . . .                             | Pathologie médicale.      |
| M <sup>lle</sup> GAUTHIER-VILLARS . . . . . | Anatomie pathologique.    |
| DE GENNES. . . . .                          | Pathologie médicale.      |
| GIROUD. . . . .                             | Histologie.               |
| HAGUENAU. . . . .                           | Pathologie médicale.      |
| JOANNON. . . . .                            | Hygiène.                  |
| LACOMME. . . . .                            | Obstétrique.              |
| LANTUÉJOUL . . . . .                        | Obstétrique.              |
| LAVIER. . . . .                             | Parasitologie.            |
| LELONG. . . . .                             | Pathologie médicale.      |
| LEMAIRE. . . . .                            | Pathologie expérimentale. |
| LENÈGRE. . . . .                            | Pathologie médicale.      |
| M <sup>lle</sup> J. LÉVY. . . . .           | Pharmacologie.            |
| MARCHAL. . . . .                            | Pathologie médicale.      |
| MÉNÉGAUX . . . . .                          | Pathologie chirurgicale.  |
| MOLLARET . . . . .                          | Pathologie médicale.      |
| MOUQUIN. . . . .                            | Pathologie médicale.      |
| PATEL . . . . .                             | Pathologie chirurgicale.  |
| PETIT-DUTAILLIS. . . . .                    | Pathologie chirurgicale.  |
| RENARD . . . . .                            | Ophthalmologie.           |
| RICHT. . . . .                              | Physiologie.              |
| SÉNÈQUE. . . . .                            | Pathologie chirurgicale.  |
| SICARD. . . . .                             | Pathologie chirurgicale.  |
| SOULIE. . . . .                             | Pathologie médicale.      |
| SUREAU. . . . .                             | Obstétrique.              |
| TURPIN. . . . .                             | Pathologie médicale.      |
| WILMOTH. . . . .                            | Pathologie chirurgicale.  |

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

| MM.                     |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| ALGLAVE . . . . .       | Pathologie chirurgicale. |
| CHAILLEY-BERT . . . . . | Physiologie.             |
| GUÉNIOT . . . . .       | Obstétrique.             |
| HEITZ-BOYER . . . . .   | Pathologie chirurgicale. |
| HUGUENIN . . . . .      | Anatomie Pathologique.   |
| LE LORIER . . . . .     | Obstétrique.             |
| NEVEU-LEMAIRE . . . . . | Parasitologie.           |
| PIEDELIEVRE . . . . .   | Médecine légale.         |
| VAUDESCAL . . . . .     | Obstétrique.             |

### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

| MM.                             |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| ALAJOUANINE . . . . .           | } Clinique médicale.     |
| BRULÉ . . . . .                 |                          |
| CHABROL . . . . .               |                          |
| CHEVALLIER . . . . .            |                          |
| LAROCHE (Guy) . . . . .         |                          |
| LIAN . . . . .                  |                          |
| MOREAU . . . . .                | } Clinique chirurgicale. |
| SÉZARY . . . . .                |                          |
| BASSET . . . . .                |                          |
| GATELLIER . . . . .             |                          |
| de GAUDART d'ALLAINES . . . . . |                          |
| MOULONGUET . . . . .            |                          |
| MOURE . . . . .                 |                          |
| MM.                             |                          |
| ECALLE . . . . .                | } Clinique obstétricale. |
| VIGNES . . . . .                |                          |

### V. — Chargés de cours

| MM.                             |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé . . . . . | Éducation physique.  |
| LEDoux-LEBARD . . . . .         | Radiologie clinique. |
| DECHAUME . . . . .              | Stomatologie.        |
| N... . . . .                    | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

*Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la  
présidence de notre thèse.



A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUSSART

*Médecin-chef de l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif*

Qui a mis à notre disposition avec une  
très grande obligeance ses observations  
personnelles et sa grande expérience des  
asiles d'aliénés.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



## INTRODUCTION

*Les syndromes intestinaux, et parmi eux le symptôme diarrhée, sont fréquents dans les hôpitaux psychiatriques. Cela tient en partie, soit au fait que les aliénés sont souvent rebelles à l'hygiène élémentaire, leur état intellectuel les rendant incapables d'en comprendre la nécessité, soit aussi parce qu'un certain nombre d'entre eux présentent souvent des tares organiques et des atteintes viscérales qui les mettent en état de moindre résistance aux infections et aux intoxications.*

*Si le symptôme diarrhée, si banal, fait presque partie de la vie clinique habituelle de ces hôpitaux, son étiologie n'est pas toujours recherchée, même lorsqu'on lui reconnaît un caractère persistant, infectieux et épidémique. On donne habituellement à ces diarrhées une dénomination ne présupposant pas leur origine : elles sont alors qualifiées de diarrhées des aliénés, de diarrhées saisonnières, de diarrhées par cachexie ; quelquefois, quand le tableau clinique est net, on les désigne sous le nom de diarrhées dysentériques, mais le plus souvent on s'arrête là et on ne précise pas par des recherches de laboratoire si véritablement le syndrome est dû au germe dysentérique ou non.*

*Souvent, ces diarrhées sont de véritables dysenteries bacillaires (1), réagissant au traitement spécifique et apportant au sérum du malade un pouvoir agglutinant notable. La morbidité peut être élevée, la mortalité parfois impres-*

---

(1) Cependant il convient d'éviter de classer comme dysenteries, des diarrhées carentielles, qui, dans une salle d'hôpital, peuvent faire croire à une affection infectieuse épidémique.

*sionnante et la dysenterie, devenue endémique, devient la source d'épidémies ultérieures. Il y a donc intérêt à poser un diagnostic précoce et précis pour couper court à l'épidémie par un traitement de choix et par une prophylaxie judicieusement appliquée, afin d'éviter ainsi la propagation de la maladie dans l'hôpital et à l'extérieur de celui-ci.*

*Il nous a semblé intéressant d'attirer l'attention sur ces faits, à la lumière de deux épidémies de dysenterie bacillaire que nous avons pu suivre dans deux services de l'hôpital psychiatrique de Villejuif, au cours de la période s'étendant du mois de septembre 1940 au mois de juin 1941.*

*Cette étude comportera deux parties : la première, essentiellement théorique, comprendra des notions générales sur la dysenterie bacillaire avec les particularités inhérentes aux milieux fermés et principalement au milieu asilaire ; la deuxième donnera la description de ce qui a été vu et fait au cours des deux épidémies précitées.*

## *PREMIÈRE PARTIE*

---

### **LA DYSENTERIE BACILLAIRE**

#### **I. HISTORIQUE**

##### **GÉNÉRALITÉS**

La dysenterie est connue depuis longtemps. Hippocrate, déjà, la définit comme :

« 1<sup>o</sup> Tout cours de ventre non sanguin, accompagné de grandes douleurs lancinantes ou spasmodiques ;

« 2<sup>o</sup> Un flux de sang douloureux qui vient de l'ouverture des vaisseaux mésentériques, sans que les intestins soient ulcérés ;

« 3<sup>o</sup> Un flux de sang séreux ;

« 4<sup>o</sup> Un flux putride provenant de la bile ou de la pituite qui, après s'être fixé sur les intestins, les ulcèrent et se précipite enfin avec un sang corrompu ».

Quelques six cents ans plus tard, Galien modifie et raccourcit cette formule. Pour cet auteur, la dysenterie devient « un flux de ventre sanguin avec ulcère aux intestins ».

Jusqu'à nos jours, si l'aspect clinique de la maladie est connu dans ses grandes lignes, la conception pathogénique se modifie progressivement.

Pringle et Sydenham reconnaissent que les causes essentielles de la maladie sont « les humeurs enflammées et âcres, renfermées dans la masse du sang ». Mais, c'est à Pinel que, au XVIII<sup>e</sup> siècle, doit revenir le mérite d'attribuer à l'inflammation des intestins le caractère fondamental de la dysenterie. Un peu plus tard, Broussais localise plus exactement l'inflammation au niveau du gros intestin et

parfois du rectum ; cet auteur insiste alors sur le fait que l'on est d'autant plus disposé à contracter la maladie, que l'on est plus « excitable » et que l'on est plus mal nourri. Broussais accorde donc une grande importance à deux facteurs susceptibles de favoriser l'éclosion de la dysenterie, un facteur individuel, nerveux, et un facteur alimentaire. Fouquet, en 1852, dans son traité *De la Dysenterie*, reconnaît à la base de cette affection, une « névrose spasmodique clonique, dont le siège est dans le grand sympathique et dont le théâtre pathologique est dans le gros intestin », et il ajoute que les passions, par l'exaltation fonctionnelle du système nerveux qu'elles provoquent, peuvent être à l'origine de la diarrhée et de la dysenterie.

Mais quelle est la cause de cette névrose spasmodique, de cette inflammation du gros intestin et du rectum ? Lambl en 1859, Basch en 1869, signalent dans les selles de dysentériques, la présence d'une amibe, mais ne lui attribuent aucun rôle pathogène. En 1875, Lösch découvre *l'amœba coli*, mais cet auteur, tout comme Lambl et Basch, ne lui prête aucune action spécifique. Il faut arriver aux travaux de Kartulis, Kruse, Pasquale, Quincke et Roos et de Schaudin en 1902, pour découvrir que *l'entamœba coli* n'est qu'un parasite banal, et que *l'entamœba hystolitica* est l'agent pathogène spécifique de ce qu'on appella la dysenterie amibienne.

Les recherches cependant se poursuivent ; Ziegler et Prior, à la suite d'autopsies, examinent les parties nécrosées de la muqueuse de l'intestin et mettent en évidence des coccies ; Babès colore des bacilles, des diplocoques et des spirilles ; Koch découvre une grande quantité de « monades » ; Heubner voit un bacille. Mais, aucun de ces auteurs ne peut, à l'aide de cultures, inoculer la dysenterie à des animaux et apporter ainsi la preuve de la spécificité du germe qu'ils ont trouvé.

Cornil, en 1888, présente à l'Académie de Médecine une

communication au nom de Chantemesse et de Fernand Widal. Cette communication « sur les microbes de la dysenterie épidémique » relate leurs recherches sur cinq cas de dysenterie contractée dans les pays chauds. En examinant les selles d'un malade revenu du Tonkin — dans les parois du gros intestin, dans les ganglions mésentériques et dans la rate à son autopsie — ces deux auteurs avaient découvert un microbe qu'ils ont retrouvé ensuite dans les selles de quatre dysentériques revenant de Cayenne ou du Sénégal. Ce microbe, bâtonnet à extrémités arrondies et légèrement ventru, cultivé, puis inoculé au cobaye tant par voie buccale ou intestinale, qu'intra péritonéale, reproduit dans le gros intestin de cet animal, des lésions analogues à celles qu'ils avaient observées chez l'homme.

Mais ces travaux ne semblent pas concluants. La clinique elle-même est hésitante et c'est à Lutz, en 1891, à Councilman et Lafleur, en 1891-1892, que devait revenir le mérite d'avoir nettement distingué la dysenterie ambiante à évolution chronique, des épisodes aigus de la dysenterie bacillaire à évolution épidémique (1).

Dix ans après la communication de Chantemesse et Widal devait commencer, avec les travaux de Shiga, l'ère bactériologique de la dysenterie bacillaire. En effet, en 1898, Shiga isole et cultive le bacille auquel on donna son nom. Depuis, de nombreux travaux furent poursuivis et de nombreux germes isolés : le problème de la dysenterie bacillaire se complique, mais la dualité de la dysenterie est démontrée. Il y a deux maladies distinctes présentant l'une et l'autre un syndrome intestinal semblable, mais l'une est parasitaire alors que l'autre est infectieuse.

Deux voies s'ouvrent dorénavant à la thérapeutique

---

(1) Cette distinction est d'autant plus intéressante que Councilman et Lafleur observant à ce moment l'*amœba coli*, lui attribuent un rôle pathogène et lui donnent le nom d'*amœba dysenterix*.

qui va s'enrichir de deux médications spécifiques, l'émetine et le sérum anti-dysentérique. La protection des individus et des collectivités prend une orientation nouvelle.

#### LA DYSENTERIE DANS LES ASILES

La dysenterie était donc connue depuis longtemps. Pringle, Zimmermann et Fouquet, entre autres, avaient remarqué sa contagiosité et avaient étudié son épidémiologie, les uns dans les camps, les autres dans les villes et villages de France et d'Allemagne. Mais la première allusion que nous rencontrons au sujet de cette affection chez les aliénés, remonte aux Aphorismes d'Hippocrate. Plus tard, Pinel la cite dans son *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation mentale ou la Manie*; mais ce n'est qu'une remarque incidente, lorsqu'il décrit les « suites funestes de la disette qui eut lieu, l'an IV, dans les hospices des aliénés », en particulier à Bicêtre et à la Salpêtrière.

Si nous parcourons la littérature médicale française sur la dysenterie dans les hôpitaux psychiatriques, nous constatons que cette question attire peu l'attention des différents auteurs, à tel point que le nom même de la maladie n'est pas cité dans le chapitre des affections abdominales incidentes du *Traité des Maladies Mentales* de H. Dagonet, publié en 1894. Et cependant, cet auteur écrit : « L'entérite, la diarrhée chronique, doit être placée en tête des affections du tube intestinal que l'on observe le plus souvent chez les aliénés ; elle est une cause de mort fréquente ; elle sévit quelquefois d'une manière épidémique. Elle tient à des conditions de constitution médicale, de température élevée, d'encombrement, etc. ; elle dépend surtout d'une prédisposition individuelle que crée l'affaiblissement survenu dans la constitution de quelques malades ; elle se rencontre principalement chez les déments.

« Au point de vue symptomatologique, l'entérite n'offre rien de spécial. Sa marche est lente ; rarement il y a réaction, fièvre, inappétence. Les malades sont pris de diarrhée ; ils n'accusent aucune souffrance... Le ventre est souple, insensible à la pression ; la langue n'est pas chargée. Peu à peu les selles finissent par se décolorer, elles deviennent muqueuses, séreuses, muco-purulentes, puis enfin sanguinolentes ; quelquefois même, il survient de véritables hémorrhagies intestinales.

« A l'autopsie, on trouve des ulcérations disséminées au pourtour du tube intestinal ; elles se remarquent principalement dans le gros intestin..., la muqueuse est boursoflée, œdematiée et l'on observe une injection plus ou moins étendue de l'intestin ; elle s'accompagne presque toujours alors, pendant la vie, d'hémorrhagies intestinales. »

Le peu d'intérêt, de la part des aliénistes français, à parler de la dysenterie observée dans leurs services, est d'autant plus marquant, que lorsqu'il s'est agi d'atteintes de choléra, ils ne se sont pas fait faute de fournir une copieuse narration des épidémies en cause (Asile de Clermont, en 1849, Asile de Bonneval, en 1892, Asile de Marseille, en 1911).

Les auteurs de langue anglaise ou de langue allemande se sont intéressés à la dysenterie des asiles. En 1901, trois ans après la découverte de Shiga, Kruse, étudiant une épidémie de dysenterie dans un asile d'aliénés, trouve un germe qu'il isole et cultive. Ce bacille, semblable au bacille de Shiga, s'en individualisait cependant par son agglutination, et Kruse le considéra comme un bacille paradysentérique ; il en conclut que la dysenterie des aliénés n'est en réalité qu'un état dysentériforme ou une pseudo-dysenterie bacillaire.

Mais les observations cliniques et bactériologiques vont se multiplier ; des comptes rendus et des rapports hospitaliers commencent à paraître. Des auteurs australiens

constatent que la dysenterie est un vieux fléau, si familier dans les hôpitaux psychiatriques, que le personnel semble s'adapter à sa présence endémique, et qu'il tend à s'insensibiliser contre la morbidité et contre la mortalité qu'elle cause. Quelques statistiques anglaises, parues en 1906, sont intéressantes et montrent l'importance de cet état endémique :

*West Ham Asylum : ouvert en 1901*

|                      |                      |   |
|----------------------|----------------------|---|
| Année 1902 . . . . . | 26 cas de dysenterie |   |
| — 1903 . . . . .     | 56                   | — |
| — 1904 . . . . .     | 16                   | — |

*Winwick Asylum : ouvert en 1902.*

|                      |                      |   |
|----------------------|----------------------|---|
| Année 1903 . . . . . | 24 cas de dysenterie |   |
| — 1904 . . . . .     | 20                   | — |

*East Sussex Asylum : ouvert en 1903.*

|                      |                     |   |
|----------------------|---------------------|---|
| Année 1903 . . . . . | 6 cas de dysenterie |   |
| — 1904 . . . . .     | 23                  | — |

*Claybury Asylum : ouvert en 1893 (premier cas de dysenterie un mois et demi après l'ouverture)*

|                      |                       |   |
|----------------------|-----------------------|---|
| Année 1901 . . . . . | 102 cas de dysenterie |   |
| — 1902 . . . . .     | 96                    | — |
| — 1903 . . . . .     | 91                    | — |
| — 1904 . . . . .     | 67                    | — |

La statistique générale des asiles du Comté de Londres, publiée par Knobel, comme toutes les précédentes, dans *The Journal of Mental Science*, n'est pas moins intéressante :

|                                                                              |        |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Années. . . . .                                                              | 1901   | 1902   | 1903   | 1904   |
| Nombre de cas . . . . .                                                      | 303    | 389    | 232    | 231    |
| Décès par dysenterie . . . . .                                               | 72     | 77     | 64     | 53     |
| Pourcentage des décès par dysenterie. . . . .                                | 23,7 % | 19,8 % | 27,5 % | 22,9 % |
| Pourcentage des décès par dysenterie, par rapport aux autres décès . . . . . | 5,6    | 5      | 4,3    | 3,8    |

D'après ces quelques chiffres, il n'est pas exagéré de considérer la dysenterie bacillaire comme un danger pour les collectivités fermées d'aliénés. Danger par le petit pouvoir de résistance qu'offrent de tels malades à l'affection, danger par les inconvénients et les risques de contagion qu'elle occasionne au personnel infirmier et médical, danger enfin par les risques d'extension au dehors et de propagation dans les villes ou les villages environnants.

## II. ÉPIDÉMIOLOGIE

### NOTIONS ANCIENNES

La dysenterie bacillaire est une maladie infectieuse et épidémique. La nature contagieuse de l'affection est connue depuis longtemps et nous en retrouvons les traces pendant les campagnes militaires et dans la vie des camps.

Pringle l'observe au cours de la guerre de sept ans, dans l'armée anglaise. Voici ce qu'écrit Zimmermann à ce sujet : « Pringle a vu la dysenterie se manifester pour avoir flairé du sang pourri dans une bouteille ; car l'odeur du sang pourri produit particulièrement cette maladie. Il est possible de se boucher le nez et cependant d'en être attaqué, car la vapeur putride s'attache aux habits et la contagion dysentérique gagne ainsi d'un sujet à l'autre, lorsqu'elle est à un haut degré ; et souvent celui dont les habits ont porté la contagion n'en est pas pris. (Les molécules putrides se portent ainsi dans la bouche, s'avalent avec la salive ; et c'est presque toujours par là que se gagnent les maladies contagieuses : les symptômes le prouvent assez). »

Il est curieux de constater qu'à côté de cette théorie putride, Pringle a vu la véritable porte d'entrée de l'infection. Mais ce n'est pas l'explication unique qu'il donne. Estime-t-il toujours exacte cette théorie ? Il le semble bien, mais il affirme d'autre part que la transmission par la paille infectée est possible et que les latrines deviennent contagieuses du moment où elles ont reçues les déjections des premiers dysentériques.

Cette notion de la contagiosité des déjections frappe différents auteurs. Desgenette décrit la maladie comme éminemment contagieuse et il l'explique par le défaut de

renouvellement de la paille de couchage et son imprégnation par les déjections. Cet auteur voit même l'éclosion d'une épidémie, dans un corps de troupe primitivement indemne, après l'arrivée d'un malade.

Pour Zimmermann, « l'expérience a montré que l'odeur qui s'exhale des malades ne fait presque pas d'impression dangereuse ; que c'est l'haleine, mais encore plus les selles qui exposent au danger. »

Ainsi, la guerre fréquente favorisant l'éclosion des épidémies, l'observation démontre la contagiosité de la dysenterie. Mais l'Empire tombe, les guerres prennent fin, la maladie devient plus rare ; l'idée de contagion se perd et Laveran en arrive à dire : « Il est certain qu'un malade atteint de dysenterie ne peut pas communiquer son mal à ceux qui l'entourent... Il n'est pas prouvé que les selles dysentériques soient plus nuisibles que toute autre matière animale en décomposition... L'extension de la dysenterie s'explique par les souillures banales des camps et des hôpitaux. »

C'est Trousseau qui reprend l'idée de contagion.

Fouquet a remarqué, en étudiant les épidémies de Bretagne, que la maladie se transmet souvent par les mains, et que les premières personnes atteintes sont celles qui donnent les soins les plus intimes aux malades et manient les vases contenant les déjections, mais ajoute-t-il, la maladie se propage rarement aux personnes ayant le souci de la propreté.

Aujourd'hui, nous savons que la transmission de la maladie se fait par les matières fécales qui disséminent le germe spécifique, que la contagion directe, interhumaine, est fréquente et que le manque d'hygiène et l'indifférence sont souvent responsables de la transmission. La dysenterie bacillaire est la maladie des mains sales, au moins autant que la fièvre typhoïde (Vincent, Dopter et de Lavergne). Mais on ne peut nier la contagion indirecte,

par les objets souillés, par le sol imprégné, par l'eau, les aliments, les mouches.

Quelques chiffres montrent le danger réel de ces facteurs indirects de contagion. Grancher et Deschamps affirment que le bacille dysentérique peut survivre 5 mois et demi dans un sol souillé de matières organiques. Pfuhl, en 1902, ramène ce temps à 101 jours pour un sol humide, et à 12 jours pour un sol sec. Kliger, en 1921, estime à 20 jours la survie du bacille dans un sol sec et de 26 à 73 jours sa survie dans un sol humide. Mais, ajoutent Dopter et de Lavergne, la durée de survie du germe varie avec le pH, ce qui explique sans doute la différence des chiffres précédents : avec un pH variant de 6,6 à 9,4, ces auteurs considèrent que le bacille dysentérique peut être retrouvé jusqu'au 70<sup>e</sup> jour ; avec un pH subissant des variations entre 4,8 et 5,4 le bacille succombe entre 10 et 30 jours, la très grande majorité des germes (90 %) disparaissent au 10<sup>e</sup> jour.

H. Vincent, étudiant la survie du bacille dans l'eau, rapporte sa résistance à 6 ou 7 jours dans l'eau distillée, à 9 ou 10 jours dans l'eau de source stérilisée, à 10 ou 12 jours pour l'eau impure stérilisée et enfin de 9 à 11 jours pour l'eau souillée .

Les risques indirects de contagion sont donc indéniables.

#### GÉNIE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA DYSENTERIE

Une épidémie de dysenterie bacillaire ne se déclare pas spontanément ; il y a toujours un apport infectant. Celui-ci peut être connu (malade ou convalescent) ou inconnu (maladie atypique méconnue, porteur de germes).

Dopter et de Lavergne nous expliquent comment naît et se développe une telle épidémie dans une région. Elle débute dans un village, dans un hameau, en été ou en automne, se répand dans les villages voisins au bout d'un

temps plus ou moins long et arrive enfin dans les villes. De là, le bacille peut être transporté dans de nouveaux villages et « l'épidémie se poursuit en tache d'huile ». La marche de l'épidémie dépend des communications inter-humaines de localité à localité. Puis l'hiver arrive, et avec le froid, l'épidémie cesse.

Si nous considérons une localité atteinte, nous constatons que le plus souvent l'épidémie débute par des diarrhées et que ce n'est que secondairement que le syndrome s'installe. Le nombre des atteintes augmente, présente des oscillations irrégulières, puis décline lentement et se termine par des cas espacés. Il y a toujours une intrication avec de nombreux cas de diarrhée banale.

Dans les villes, le génie épidémique se modifie ; il n'y a plus, pour Dopter et de Lavergne, que des cas sporadiques espacés les uns des autres, et d'après J. Dumas, ces cas se localisent à un quartier, à quelques maisons. Il faut ajouter que les épidémies de dysenterie bacillaire, fréquentes dans les campagnes, sont une rareté dans les villes, en raison de l'usage des hospitalisations et de l'aménagement de l'évacuation des nuisances.

Mais si le bacille dysentérique est introduit dans un milieu plus ou moins fermé, avec vie collective, tel qu'un hôpital psychiatrique ou une caserne, de nombreux facteurs interviennent pour favoriser sa propagation. La contamination interhumaine et par objets et aliments souillés se fait avec un maximum d'intensité, surtout si les conditions de résistance des individus sont amoindries et les conditions de réceptivité exacerbées ; il en résulte alors une véritable flambée épidémique qui atteint simultanément un grand nombre de sujets. Si des dispositions immédiates et énergiques de prophylaxie et de traitement ne sont pas prises, si le foyer de dissémination du bacille n'est pas éteint ou neutralisé, l'épidémie peut prendre un caractère impressionnant et n'avoir que peu de tendance à s'arrêter spon-

tanément. Même si l'affection semble être maîtrisée, il faut toujours craindre un réveil possible plus ou moins tardif. Parmi les facteurs qui favorisent le réveil et l'extension de la maladie, le manque d'hygiène individuelle et collective, l'encombrement, la fatigue, les privations et, principalement dans les hôpitaux psychiatriques, les tares physiques comptent parmi les principaux.

De nombreux bacilles ont été trouvés responsables de cette affection. Un examen clinique est insuffisant pour mettre en cause tel ou tel microbe, mais différents auteurs se sont demandés si le génie épidémique ne variait pas avec le germe en cause : J. Dumas dit que la dysenterie à bacille de Flexner ou de Hiss est moins épidémique, plus sporadique que la dysenterie à bacille de Shiga, et la majorité des auteurs est d'accord pour considérer que la dysenterie à bacille de Shiga est plus grave que la dysenterie à bacille de Flexner ou de Hiss.

Une des notions capitales dans l'épidémiologie de la dysenterie bacillaire, est la connaissance que nous avons de l'existence des formes frustes de la maladie. Ces formes, souvent impossibles à diagnostiquer, si la notion d'épidémie n'existe pas et n'incite pas à s'adresser au laboratoire, sont des vecteurs d'épidémie d'une importance considérable. Ce sont très certainement ces cas, qui, dans les régions où la dysenterie reprend tous les ans, permettent de retrouver un lien entre les formes typiques de l'année précédente et celles de l'année suivante.

#### LA DYSENTERIE DANS LES MILIEUX FERMÉS

Nous avons vu que la dysenterie bacillaire est une maladie d'été et d'automne. Le plus souvent, les épidémies cessent aux premiers froids, en novembre, pour ne reprendre que vers la fin du mois de juin. Entre temps, se rencontrent

les cas sporadiques et des diarrhées d'aspect banal, formes frustes de la maladie.

Hirsh donne les chiffres suivants : sur 546 épidémies, 404 ont eu lieu en été, 113 en automne, 16 au printemps et 13 en hiver ; soit 73,9 p. 100 en été, 20,6 p. 100 en automne, 2,9 p. 100 au printemps et 2,3 p. 100 en hiver.

L'influence saisonnière dans les épidémies urbaines et rurales est donc considérable ; il est habituel de voir leur maximum d'intensité en juillet et août, alors qu'elles diminuent en septembre pour cesser vers la fin d'octobre.

Dans les milieux fermés, comme les casernes, cette influence semble certaine dans l'ensemble. Un exemple caractéristique est donné par l'épidémie qui sévit dans les casernes d'un régiment d'infanterie en 1905 et en 1906 : l'épidémie commence le 13 mai 1905 par une dysenterie bénigne, le 27 juin un second cas se déclare. A partir de ce moment jusqu'au 23 août, date à laquelle l'épidémie s'arrête, les cas de diarrhée et de dysenterie s'intriquent ; il y a en tout 77 malades. Au cours de l'hiver, de nombreuses diarrhées se succèdent : soigneusement étudiées, elles révèlent souvent leur nature spécifique par une séro-agglutination positive ; puis l'épidémie reprend, typique, du 1<sup>er</sup> mai au 1<sup>er</sup> décembre 1906. Ainsi, au cours de l'hiver, l'épidémie qui semblait cliniquement éteinte, subsistait en réalité sous une forme décélable uniquement par le laboratoire.

D'autres exemples militaires sont encore plus classiques, l'épidémie prenant naissance au cours de l'été et disparaissant à l'automne pour ne plus reparaitre.

Dans les hôpitaux psychiatriques, les faits diffèrent sensiblement parce que les aliénés présentent souvent des atteintes viscérales importantes (syphilis, tuberculose, alcoolisme...) et que leur résistance à toute infection est, chez certains, surtout chez les grabataires, considérablement diminuée. D'autres facteurs interviennent encore pour

modifier le caractère habituel des épidémies. L'un d'eux, le surpeuplement, revient souvent dans les observations publiées. Si nous y ajoutons le déficit ou la déchéance intellectuelle, inhérents à l'état mental des malades, la négligence et l'incompréhension qu'ils apportent à l'observation de l'hygiène individuelle élémentaire, la ruse manifestée par certains malades travaillant dans l'établissement pour éviter l'hospitalisation, l'isolement et les restrictions qui en résultent, il apparaît comme évident que les conditions essentielles sont réunies pour favoriser une épidémie traînante, massive et grave. Or, comme toute thérapeutique, toute prophylaxie, doivent être imposées et activement surveillées, qu'aucune défaillance ne peut être permise, ni de la part du personnel soignant, ni de la part des malades, une lutte efficace et rapide ne peut être que difficilement menée.

Dans les hôpitaux psychiatriques, ces épidémies ne sont pas obligatoirement rythmées par les saisons. Le cas de l'asile de Claybury, en Angleterre, décrit par N.-H. Macmillan en 1902, est intéressant. Cet asile est ouvert aux malades le 16 mai 1893. Le 30 mai, une mélancolique y est admise qui présentera, le 27 juin, une diarrhée grave, entraînant son décès le 6 juillet. En automne, deux cas de dysenterie se déclarent et se terminent par la mort ; trois nouvelles atteintes se manifestent encore jusqu'à l'été suivant, puis tout semble s'arrêter pendant quelques années, lorsque brusquement une épidémie grave éclate dans le courant de l'hiver 1899.

M<sup>lle</sup> Pascal signale à l'asile de Châlons-sur-Marne, une épidémie débutant au mois de mai 1923, durant deux mois et demi, due aux bacilles de Flexner et de Shiga et atteignant 22,72 p. 100 des aliénés. L'année suivante il y a une légère reprise de la maladie, 7 cas nouveaux au mois d'avril, puis 3 cas se répartissent aux mois de juin, juillet et août. Mais un essai de vaccination par voie buccale est

tentée au mois d'avril avec, semble-t-il, un certain résultat, puisque l'épidémie ne s'étend pas.

Un type d'endémie, ou mieux d'endémo-épidémie nous est montré par l'Hôpital Psychiatrique de la Charité-sur-Loire. Aux mois de juillet et d'août 1921 apparaît une affection intestinale d'aspect infectieux atteignant 26 malades et provoquant plusieurs décès. Le diagnostic d'entérite infectieuse est posé à cette période. Depuis le début de l'année suivante jusqu'au mois de juillet, une épidémie analogue se déclare : on y observe des phénomènes gastro-intestinaux d'allure infectieuse, à début brusque, une diarrhée profuse, de l'adynamie, une fièvre élevée à 39-40°. Le pourcentage des décès est élevé. Très rapidement le tableau se complique de troubles hémorragiques scorbutiformes. Des autopsies sont pratiquées, mais elles ne montrent aucune lésion spécifique soit de fièvre typhoïde, soit de dysenterie. Des examens de laboratoire laissent supposer l'existence probable d'un « paracolibacille » responsable de l'affection. En 1923, sur 30 malades, il se produit 14 décès.

En 1924, au début du mois de juillet apparaît un syndrome dysentérique avec diarrhée glaireuse et sanglante ; un état scorbutiforme, isolé ou compliquant la maladie, se manifeste aussi, comme l'année précédente. L'emploi intensif de la sérothérapie anti-dysentérique a des résultats intéressants, tant au point de vue prophylactique que curatif. L'année suivante, le tableau de « para-colibacillose » a totalement disparu et il est remplacé par la dysenterie bacillaire seule ; 15 malades en sont atteints durant toute l'année. En 1926, dès le mois de janvier, on retrouve la dysenterie qui se manifeste principalement dans les quartiers de femmes ; il n'y a pas un seul mois de l'année qui reste indemne, et si le chiffre maximum de malades se trouve au mois de juillet, le chiffre qui le suit immédiatement, se trouve être celui du

mois de décembre ; 7 fièvres typhoïdes, dont 4 en hiver et 3 en été, complètent et compliquent le tableau pathologique intestinal infectieux de l'année en cours.

Pendant 1927, l'affection évolue à l'état endémique ; du mois de janvier au mois de juillet, les atteintes de dysenterie se poursuivent sans laisser un seul mois indemne, puis tout s'arrête. Il y a en tout 15 cas chez les femmes et 3 cas chez les hommes. Les manifestations morbides reprennent dès le mois de janvier 1928 et se continuent toute l'année, principalement dans les quartiers de femmes où le nombre d'atteintes maxima se trouve au mois d'août, avec 28 cas ; en septembre il y a 9 cas ; en janvier et en décembre, 8 cas. Le nombre total des cas est de 80 chez les femmes et de 14 chez les hommes. Un examen de laboratoire, fait par l'Institut Pasteur, met en évidence le bacille de Shiga. Autour de cette épidémie de dysenterie, il se déclare encore 24 cas de diarrhée d'allure épidémique, qu'il semble qu'on doive rattacher à la dysenterie. En fin du rapport médical de cette année 1928, nous pouvons lire la conclusion suivante : « Il apparaît de plus en plus que la dysenterie bacillaire sévit à l'asile depuis 1922, alors qu'à cette époque un polymorphisme clinique et des anomalies bactériologiques constatés au cours d'états infectieux intestinaux divers, avaient laissé supposer qu'il pouvait s'agir de para-colibacillose ».

Il est intéressant de noter que dans chaque quartier de l'asile, il n'y avait en hiver qu'une pièce commune chauffée par un poêle (salle de réunion), et que les malades alités restaient exposés au froid.

L'alimentation se ressentait des conditions économiques créées par les difficultés d'après-guerre. Les régimes étaient constitués par des conserves, des légumes secs et de la viande de cheval, ce qui pouvait expliquer sinon les manifestations de scorbut constatées à un moment donné, du moins la déficience de la résistance organique des malades.

Enfin, la précarité des installations hygiéniques (tinettes et épandage dans la proximité des quartiers) paraissent avoir constitué des conditions favorables à des réensemencements microbiens constants.

Malgré l'amélioration progressive des conditions hygiéniques, l'infection n'en continue pas moins à se manifester depuis 1930, mais sur un rythme moins intense. Les chiffres annuels des décès se maintiennent à une moyenne de 8 par an jusqu'en 1937. Nous ne savons pas si la dysenterie a cessé depuis lors.

Y a-t-il des maladies mentales prédisposées à l'infection dysentérique? N.-H. Macmillan affirme que les paralytiques généraux ne sont pas particulièrement sensibles au bacille. Sur 100 décès dus à la dysenterie, cet auteur trouve :

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| 28 mélancoliques. | 9 paralytiques généraux. |
| 25 maniaques.     | 3 épileptiques.          |
| 34 déments.       | 1 imbécile.              |

Nous nous sommes livrés à une enquête analogue au cours des deux épidémies de l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif, nous en verrons le résultat dans la seconde partie de ce travail. Nous pouvons rapprocher des épidémies que nous avons étudiées, celle qui s'est déclarée à bord d'un cuirassé-école hollandais à la suite d'une croisière avec escales aux Iles Canaries, à Gibraltar, à Marseille et à Villefranche. Les mouches avaient été nombreuses dans les trois premiers ports ; la maladie apparaît avant l'arrivée à Marseille, le 15 novembre 1924 et disparaît définitivement le 8 janvier.

Il faut ajouter, et ceci d'une façon générale pour toutes les épidémies de tous les milieux (qu'ils soient urbains ou ruraux, ouverts ou fermés) qu'elles sont fortement influencées par la prospérité économique d'un pays. Les défaillances de l'hygiène alimentaire, les grandes disettes, c'est-à-dire l'inanition lente et progressive, débilitant

et épuisant l'organisme, sont susceptibles d'accroître, de répandre et d'aggraver les épidémies de dysenterie bacillaire. L'expérience clinique montre, en effet, qu'après les grandes catastrophes et les guerres, le génie épidémique de l'affection est exacerbé. Nous en avons vu un exemple dans l'épidémie de la Charité-sur-Loire, citée plus haut. Nous en avons constaté un exemple récent à l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif au cours duquel la mortalité a été élevée, les cas graves, avec hypothermie considérable, associés ou non à l'existence d'œdèmes carentiels impressionnants.

Pinel avait déjà remarqué l'influence néfaste de l'insuffisance alimentaire sur la santé des aliénés. Il écrivait, dans son *Traité Médico-Psychologique sur l'Aliénation mentale ou la Manie*, qu'à Bicêtre, à l'époque révolutionnaire, les restrictions avaient fait retomber les convalescents dans un état de fureur maniaque, que le nombre des décès avait été considérablement augmenté et qu'à la Salpêtrière, le résultat fut analogue. Voici la conclusion d'un rapport qu'il fit à l'époque sur les causes de cette mortalité : « Je pense qu'on doit principalement attribuer cette mortalité à la disette qui a régné pendant le printemps et l'été dernier dans la section des aliénées. En effet, avant le premier germinal, chaque aliénée avoit une livre et demi de pain par jour et on en accorderoit cent livres pour la soupe de tout l'hospice (1). Au premier germinal les cent livres furent supprimées et la ration de pain de chaque fille fut réduite à une livre jusqu'au 15 du même mois. Depuis le 15 jusqu'au 30 la ration ne fut que de douze onces. La diminution fut encore portée plus loin les huit premiers jours de floréal, puisque la ration de pain n'étoit que de huit onces. A cette époque on accorda du biscuit de mer pour la soupe, mais on retrancha sur tout l'hospice deux cent livres de pain, ce qui réduisit la ration ordinaire à

---

(1) Il s'agit de l'hospice de la Salpêtrière.

six onces. Lorsque le biscuit fut supprimé le premier thermidor, on revint à la ration de douze onces de pain. On connoit la voracité des aliénés de l'un et de l'autre sexe. La disette a donc porté principalement sur l'hospice des aliénés, et les suites ont été des flux de ventre sérieux ou des dysenteries funestes. »

Ces lignes ont été écrites le 27 brumaire, an IV.

### III. DIAGNOSTIC

Pour pouvoir mettre en œuvre, dès le début de l'affection, des mesures prophylactiques et éviter la constitution d'une épidémie, ou maîtriser celle-ci à son origine et l'empêcher de s'étendre, il faut pouvoir poser un diagnostic précoce de la maladie. Plusieurs moyens nous permettent de le faire ; ces moyens sont employés, suivant les circonstances, soit isolément, soit simultanément. Ils consistent en un examen clinique et des examens de laboratoire, comme la recherche du bacille spécifique, la séro ou l'hémo-agglutination et la recherche de la sensibilisatrice spécifique.

#### A. *Le diagnostic clinique.*

L'examen clinique est primordial ; c'est le premier qui se trouve effectué. Il peut souvent permettre d'affirmer la dysenterie bacillaire avec une certitude absolue.

Le malade présente en général des douleurs abdominales intermittentes ou continues, généralisées ou localisées, des nausées pouvant aller jusqu'aux vomissements, des épreintes et du tenesme. Le faciès est terreux, l'amaigrissement important et rapide, la température élevée. Les selles, plus ou moins nombreuses selon la gravité des cas, sont réduites en volume, sans matières ; le malade est un constipé.

Dans cette forme classique le diagnostic est aisé. Le laboratoire n'est indispensable que pour préciser le germe responsable que la clinique ne peut reconnaître.

Au point de vue épidémiologique, cet aspect habituel de la dysenterie, ainsi que les formes cliniques qui s'en rapprochent, ne présentent qu'un intérêt restreint. Facilement reconnaissables, elles attirent immédiatement l'attention sur le danger qu'elles présentent, surtout dans les milieux fermés, et les mesures de protection peuvent être prises au plus tôt. Les risques d'épidémie s'en trouvent amoindris.

Il n'en est plus de même avec les dysenteries atypiques, pour lesquelles le diagnostic est souvent difficile et parfois impossible cliniquement. Les formes gangreneuses, les formes pseudo-cholériques, les formes septicémiques et typhoïdes, les formes frustes, par exemple, entrent dans cette catégorie spéciale. Job dit qu'il arrive parfois que la dysenterie bacillaire débute par une courte phase de diarrhée qui dure de 24 à 36 heures, et que, dans les cas graves le malade succombe à cette période avec des symptômes cholériformes. Nous avons vu un tel tableau à l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif, le diagnostic fut impossible le malade étant mort 48 heures plus tard. L'épidémie commençait.

Deux auteurs américains, Felsen et Osofsky décrivent les recherches biologiques qu'ils ont faites à New-York sur le sérum d'individus ayant présenté des formes asymptomatiques de dysenterie. Ils ont trouvé chez des enfants des formes méningées et des formes appendiculaires.

Une forme fruste de dysenterie bacillaire, connue depuis longtemps est représentée par une forme épidémique de diarrhées simples. Kelsch et Kiener, avant l'ère bactériologique, avaient supposé la nature dysentérique des nombreuses diarrhées qui se produisent à côté des cas typiques de la maladie. Des recherches plus tardives, dont nous reparlerons, ont mis en évidence la spécificité d'un grand nombre d'entre elles.

Kourilsky, Sicard et Barrier, observant une épidémie

en milieu hospitalier (1), ont été frappés par la proportion considérable des formes frustes (diarrhées d'aspect banal), de diagnostic impossible sans la notion d'existence d'épidémie et sans le laboratoire. Ils ont constaté aussi l'intrication fréquente des processus dysentériques et colibacillaires. Il est intéressant de remarquer que cette épidémie a atteint des malades à peu près semblables à ceux des hôpitaux psychiatriques, puisque c'étaient, ici comme là, des séniles, des chroniques ou des cachectiques, c'est-à-dire des sujets à résistance générale affaiblie.

De telles formes, atypiques, asymptomatiques, frustes, évoluant pendant ou entre les épidémies, cas sporadiques isolés, difficilement décelables, sont des sources occultes d'extension de la maladie. Au point de vue épidémiologique, ce sont les plus dangereuses, et ce sont elles qu'il faut, avant tout, s'efforcer de déceler.

A quel moment peut-on affirmer la guérison d'un malade? On considère d'habitude que la maladie est arrêtée, lorsque pendant quinze jours de suite, les selles sont redevenues normales. Rachet, Busson et Langevin proposent, comme test, l'examen rectoscopique, qui montre la régression des lésions, en particulier de l'œdème.

#### *B. Le diagnostic bactériologique et les porteurs de germes.*

La recherche du bacille dysentérique dans les selles s'impose. Elle permet d'affirmer avec certitude le diagnostic et il est avantageux de connaître le genre du bacille spécifique de l'affection. C'est une recherche délicate, car si on ne trouve pas le bacille à toutes les périodes de la maladie (il faut le rechercher au début) la coproculture n'est pas toujours positive, même en cas de dysenterie bacillaire vraie.

---

(1) Épidémie qui a sévit à l'Hôpital de Garches, du mois d'août 1940 au mois de mars 1941 et qui totalise 118 cas.

Séligmann a trouvé le bacille dans des selles dysentériques dans :

|                                                      |   |   |                |   |
|------------------------------------------------------|---|---|----------------|---|
| 70 % des cas au cours de la 1 <sup>re</sup> semaine. |   |   |                |   |
| 53 %                                                 | — | — | 2 <sup>e</sup> | — |
| 18 %                                                 | — | — | 3 <sup>e</sup> | — |
| 0 %                                                  | — | — | 4 <sup>e</sup> | — |

J. Dumas cite des chiffres un peu différents. Pour cet auteur, il y a :

|                                                                  |   |   |                |   |
|------------------------------------------------------------------|---|---|----------------|---|
| 70 à 75 % de résultats positifs dans la 1 <sup>re</sup> semaine. |   |   |                |   |
| 30 %                                                             | — | — | 2 <sup>e</sup> | — |
| 10 %                                                             | — | — | 3 <sup>e</sup> | — |
| 0 %                                                              | — | — | 4 <sup>e</sup> | — |

D'après ces auteurs, dans les conditions les plus favorables, on ne trouverait le bacille dans les selles que 3 fois sur 4 malades. D. Buckle, dans un hôpital psychiatrique londonien a trouvé 74 coprocultures positives sur 115 malades, soit 64,3 p. 100 Job estime que l'élimination des bacilles se fait pendant une moyenne de 7 jours, mais il a trouvé des cas, rares il est vrai, où l'élimination était prolongée jusqu'au 15<sup>e</sup> jour.

Pour que la coproculture puisse s'effectuer dans les meilleures conditions, le prélèvement doit être fait dans des selles fraîchement émises et immédiatement ensemencé sur gélose lactosée tournesolée au lit même du malade ; en 24 heures apparaissent les colonies rouges du colibacille, et les petites colonies bleues, transparentes, qui peuvent être dysentériques, typhiques ou dues au *bacillus fœcalis alcaligènes*. Il ne faut pas confondre avec les colonies bleues du *bacillus subtilus*, qui sont plus grandes, sèches ou ridées.

Dans quelles selles faut-il s'efforcer de rechercher le bacille dysentérique? Il faut le faire dans les selles typhiques et dans les selles suspectes (selles anormales

en milieu épidémique ; diarrhée banale, selles normales avec mucus). On peut tenter de le faire dans l'entourage du malade pour rechercher les porteurs de germes. En réalité, l'examen bactériologique des suspects ou de l'entourage est souvent décevant. Jürgens en 1904, examinant 25 cas de diarrhée au cours d'une épidémie de dysenterie bacillaire, ne trouve jamais de bacilles et cependant il obtient 21 séro-agglutinations positives. Dopfer, en 1904 et 1905, étudie 11 cas dans des conditions analogues : sur 7 cas bénins à réaction sérologique négative, il trouve une fois le bacille, chez les 4 autres malades, il isole le bacille une fois. Toutes les séro-agglutinations sont positives.

Y a-t-il un bacille dysentérique unique? Shiga, en 1898, isole le bacille qui porte son nom, il l'individualise du bacille typhique et du colibacille, et il fait la preuve que son agglutination est spécifique. Depuis, les examens bactériologiques se sont multipliés. En 1899, Flexner isole à New-Haven, un bacille semblable au bacille de Shiga et à Manille un bacille qui s'en distingue par quelques variantes. En 1900, Strong décrit un nouveau bacille ; en 1901, Kruse découvre un germe un peu différent du bacille de Shiga, responsable d'après lui, de la dysenterie des aliénés.

En 1902, Martini et Lentz établissent, à l'aide de la séro-agglutination expérimentale, qu'il y a en réalité deux groupes bactériologiques distincts : le bacille de Shiga, d'une part, qui est le vrai dysentérique, c'est aussi le bacille de Flexner-New-Haven, et d'autre part le type Flexner (Flexner-Manille et les pseudo-dysentériques de Kruse).

Les recherches se poursuivent et la question se complique ; de nombreux germes nouveaux apparaissent : en 1903 le bacille Y, de Hiss ; en 1907 le type E, parmi les bacilles pseudo-dysentériques de Kruse (c'est le bacille

étudié à nouveau par Sonne en 1915) ; en 1917 le bacille de Schmitz, le bacille n° 1 de Morgan ; en 1929 le bacille de Newcastle...

Diverses classifications ont été données basées sur les réactions biochimiques des divers bacilles. Citons pour mémoire la classification de Hiss, en 1903 : 4 groupes, Shiga, Flexner, Strong, Y ; la classification de Kruse en 1907 : 2 groupes, le vrai dysentérique (Shiga-Kruse) et les pseudo-dysentériques (types A, B, C, D, E, F, G, H) ; celle de Thjotta (Norvège) en 1917, groupe I (groupe Shiga), groupe II (groupe Flexner), groupe III (Sonne). Waaler, en 1935, publie dans sa thèse le tableau comparatif suivant :

| <i>Types norvégiens</i> | <i>Types anglais</i> | <i>Types américains</i> | <i>Types allemands</i>        |
|-------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Groupe I                | Shiga                | Groupe I                | Shiga-Kruse                   |
| Groupe II               | Groupe Flexner       | Groupes II, III, IV     | Bacilles pseudo-dysentériques |
| Groupe III              | Sonne                |                         |                               |

Deux tableaux de Prigge donnent la classification de cet auteur pour les bacilles dysentériques ; ils ont l'avantage de résumer leurs propriétés biochimiques :

|            | <i>Shiga</i> | <i>Schmitz</i> | <i>Groupe Flexner</i> | <i>Sonne</i> |
|------------|--------------|----------------|-----------------------|--------------|
| Mannite .  | —            | —              | +                     | +            |
| Lactose. . | —            | —              | —                     | +            |
| Rhamnose   | —            | +              | —                     | +            |
| Indol. . . | —            | +              | ±                     | —            |

Cet auteur divise le groupe Flexner de la façon suivante :

|               | <i>B. de Flexner</i> | <i>B. de Hiss-Russel</i> | <i>B. de Strong</i> |
|---------------|----------------------|--------------------------|---------------------|
| Maltose . . . | +                    | —                        | —                   |
| Saccharose .  | —                    | —                        | +                   |

Toutes ces classifications, qui présentent incontestablement un intérêt scientifique considérable, n'ont pour la clinique journalière qu'une importance restreinte. La connaissance des germes les plus répandus est suffisante : les bacilles qui sont recherchés ordinairement sont le bacille de Shiga et les bacilles du groupe Flexner, c'est-à-dire le bacille de Flexner, le bacille Y (Hiss) et le bacille de Strong. Dans la pratique courante, viennent d'abord le Flexner, puis le Shiga.

Tous les bacilles dysentériques présentent des caractères généraux et une morphologie analogue; ce qui les distingue les uns des autres, ce sont leurs propriétés pour la fermentation des différents sucres, la formation ou non d'indol, un pouvoir agglutinant différent. Il faut donc, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade, faire un ensemencement sur gélose lactosée tournesolée, afin de séparer les colibacilles des bacilles dysentériques, puis repiquer le dysentérique sur divers milieux sucrés.

Chez un malade, ou dans une épidémie, le bacille est en général le même. Des auteurs ont cependant admis la possibilité d'association microbienne Shiga-Flexner et même bacille-amibe.

Tous les bacilles susceptibles de transmettre la maladie ne sont pas éliminés uniquement par les malades : il y a d'autres porteurs de germes dont le rôle épidémiologique a une importance certaine.

Il y a des porteurs sains en milieu épidémique. Ce sont

des sujets pouvant avoir présenté des formes frustes, légères, non diagnostiquées, ou encore ayant subi une vaccination préalable volontaire ou occulte et qui, ayant ingéré des bacilles, les éliminent sans troubles pathologiques, mais avec risque de contagion pour l'entourage. La notion des porteurs sains est due à Conradi. Cet auteur a découvert dans l'entourage d'adultes ayant eu la maladie, des bacilles de Shiga dans les déjections normales de 5 enfants. Pendant l'épidémie du camp de Hagueneau, au cours de laquelle on découvre 171 dysentériques ou suspects, des recherches minutieuses mettent en évidence 139 porteurs sains. En 1918 et 1920, au cours de l'épidémie de Sarrelouis et de Sarrebruck, sur 418 sujets sains examinés, il y eut 11 porteurs. Sur ces 11 porteurs, 1 avait été malade l'année même, 1 autre l'année précédente, 2 étaient en incubation de maladie et les 7 autres n'avaient rien eu. « Il semble que les porteurs sains puisent leurs bacilles auprès des malades atteints de dysenterie » (Dopter et de Lavergne). L'élimination est intermittente et de durée variable. Ces auteurs citent des cas durant une semaine à 170 jours et même 404 jours.

Les sujets, atteints de forme chronique, éliminent des bacilles au moment des poussées aiguës de la maladie, mais il arrive parfois que les bacilles réapparaissent au cours des accalmies, alors qu'aucune mesure de prophylaxie ne peut être prise.

Mais les individus les plus susceptibles d'être des porteurs de germes, sont les convalescents. Mayer cite des cas d'élimination de bacilles dysentériques entre 30 et 202 jours lors de l'épidémie de Hagueneau dont nous venons de parler. Simon, au cours de cette même épidémie, signale des durées de portage de 214 et même de 618 jours. Ces porteurs chroniques sont rares. Ici encore, dans le cas des sujets convalescents ou guéris, la présence continue ou intermittente de bacilles dans les selles explique les conta-

gions inaperçues et l'entretien de la maladie pendant les périodes où elle paraît silencieuse.

Le danger apporté par l'existence des porteurs de germes, sains, convalescents ou en période d'incubation de la maladie, est grand pour la propagation des épidémies. Non seulement leur mise en observation est pratiquement impossible, non seulement les examens de laboratoire peuvent être faits dans les périodes où le sujet n'élimine pas de bacilles, mais aussi le nombre des individus suspects peut être élevé.

Nous voyons donc que les sujets les plus dangereux au point de vue de la médecine préventive, ceux qu'il faut neutraliser par une prophylaxie précoce et judicieuse, sont les individus atteints de formes frustes et les porteurs de germes ; ce sont eux qui essaient les germes d'une façon silencieuse et insoupçnable ; c'est avant tout à eux qu'il faut penser.

### C. *Le diagnostic biologique.*

Nous venons de voir que l'examen clinique, les recherches bactériologiques, tous deux si importants dans le diagnostic de la dysenterie bacillaire, ne sont pas toujours concluants. Tantôt les formes cliniques sont atypiques, tantôt le germe n'est pas trouvé. Des recherches sérologiques peuvent alors être pratiquées. Il y a d'une part la séro et l'hémo-agglutination, d'autre part la recherche de la sensibilisatrice spécifique.

La *séro-agglutination*, appliquée au diagnostic de la dysenterie, permet non seulement d'affirmer rétrospectivement le caractère d'une maladie parfois douteuse, mais aussi de spécifier le genre de bacille dysentérique en cause. Théoriquement, cette agglutination est régie par des lois biologiques strictes, définies ainsi par Dopter :

1<sup>o</sup> Le sérum des sujets sains ou atteints d'affection étrangère à la dysenterie ne possède aucune propriété

agglutinante sur les divers types du bacille dysentérique.

2° On obtient le même résultat négatif avec un sérum de malades atteints de dysenterie amibienne ou de diarrhée de Cochinchine.

3° Le sérum des malades atteints de dysenterie bacillaire agglutine les cultures du bacille dysentérique qui a provoqué l'infection intestinale, et ce seul germe.

4° Quel que soit le microbe infectant, l'agglutination ne se montre nettement que dans les formes moyennes et graves de la maladie. Elle apparaît au 8<sup>e</sup>-10<sup>e</sup> jour, et on peut la retrouver, pendant la convalescence, surtout dans les formes prolongées.

Mais, ajoute Dopter, il y a des cas particuliers dans lesquels la séro-agglutination peut se produire dans des formes légères prolongées de la dysenterie, dans des cas de diarrhée simple, sans symptôme dysentérique, en pleine période épidémique.

Nous avons déjà vu que Jürgens avait obtenu 21 séro-diagnostic positifs sur 25 cas de diarrhée simple ; que Dopter en avait trouvé 4 sur 11 diarrhées suspectes, à un taux variant de 1 p. 50 à 1 p. 100 (mais ces 4 cas étaient des diarrhées durant plus de 15 jours) et les 7 derniers cas étaient des diarrhées de courte durée ne dépassant pas 3 ou 4 jours, avec séro-diagnostic négatifs, mais avec 1 coproculture positive. Cet auteur en conclut qu'une diarrhée éphémère, même dysentérique, ne donne pas de séro-agglutination positive ; il ajoute que si les résultats de laboratoire (germe, sérum) restent négatifs, la nature dysentérique de l'affection ne doit pas être éliminée. Il faut, dans ces cas, agir comme dans les formes avérées de la maladie.

Job, à la suite de recherches semblables, dit cependant qu'il ne faut pas conclure car on le ferait avec un peu de précipitation peut-être « que la plupart des diarrhées (en période d'épidémie) étaient des dysenteries frustes... mais

que la nature de ces diarrhées demande, en clinique, à être précisée dans chaque cas particulier ».

Dopter, Job et Dumas, ont montré l'existence de dysenteries à bacille de Shiga et à bacille de Flexner, vérifiées par l'isolement du germe, dans lesquelles la séro-agglutination restait négative. Pour J. Dumas, 67 p. 100 seulement des cas à bacille de Shiga ont un séro-diagnostic positif.

Il y a des atteintes, bactériologiquement ou cliniquement diagnostiquables, dans lesquelles une séro-agglutination positive ne prouve rien, car on ne peut toujours affirmer qu'au moment où on le prélève, le sérum du malade est sous l'influence pathogène du germe agglutiné. Il peut se produire des agglutinations non spécifiques ; le sérum d'un malade infecté par le bacille de Shiga, peut en même temps agglutiner quelquefois, mais à un taux plus élevé, le bacille de Flexner. Un sérum de malade infecté par le Flexner agglutine toujours le bacille de Hiss et inversement. Il y a des sérums qui agglutinent spontanément, jusqu'à un certain taux, le bacille de Flexner ; le sérum d'un sujet atteint antérieurement d'une fièvre typhoïde ou para-typhoïde peut agglutiner les bacilles dysentériques.

A quel taux une séro-agglutination peut-elle être considérée comme positive? Les auteurs sont à peu près d'accord pour accepter comme valable un taux variant de 1 p. 30 à 1 p. 50 pour le bacille de Shiga ; le taux moyen de 1 p. 100 est, en général, considéré comme suffisant pour les bacilles de Flexner et de Hiss.

Quelle méthode d'agglutination doit-on choisir? Doit-on faire cette séro-réaction macroscopiquement ou microscopiquement? Les deux méthodes ont leurs partisans ; mais il faut toujours employer la même méthode et la même souche microbienne au cours de la même épidémie. Les agglutinations des diverses souches existantes de

bacille de Flexner ne présentent qu'un intérêt purement scientifique ; pratiquement, on peut ne pas en tenir compte.

L'*hémo-diagnostic*, basé sur un principe analogue, puisque ici aussi l'agglutination du germe est recherchée, a l'avantage de pouvoir être pratiqué au lit du malade. On prélève une goutte de sang que l'on mélange, sur une lame, à une goutte plus grosse de culture sur gélose, émulsionnée dans une solution de citrate de soude à 10 p. 100, et additionnée de formol afin d'en assurer la stérilité et la conservation. Cette émulsion est colorée au bleu de méthylène. En quelques minutes, l'agglutination se produit. Les résultats de l'hémo-diagnostic sont, d'après Kourilsky, Brumpt et Sicard, strictement parallèles à ceux du séro-diagnostic.

On peut, enfin, rechercher la *sensibilisatrice spécifique*. « Le sérum d'un malade atteint de dysenterie bacillaire, quel que soit le type du germe en cause, est capable de sensibiliser au même taux tous les échantillons de bacilles dysentériques qu'on met à son contact. Bien plus, certains germes, catalogués comme différents encore des deux types Shiga et Flexner, tel le pseudo-dysentérique de Kruse (dysenterie des aliénés), présentent la même réaction que les précédents. » (Dopter, 1909.)

Cette sensibilisatrice apparaît vers le 5<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> jour de la maladie, et elle persiste pendant la convalescence. Elle est indépendante des agglutinines ; Dopter a signalé que certains sérums, dénués de propriété agglutinante, sont sensibilisateurs à un degré accusé.

Cette sensibilisatrice peut être recherchée à l'aide de la réaction de fixation de Bordet. En pratique, on ne le fait jamais.

\* \* \*

Quelles conclusions pratiques peut-on tirer de toutes les recherches dont nous venons de parler ? Nous avons vu que la clinique pouvait être insuffisante dans certaines

formes atypiques ou frustes de la maladie. Nous avons vu que la bactériologie, par le grand nombre de germes décrits, pouvait faire détourner l'attention par quelque détail en opposition avec les théories classiques ; nous avons vu, d'autre part, qu'elle pouvait totalement faire défaut dans des atteintes dysentériques avérées, et décevoir ainsi ceux qui en attendent des résultats formels. Le séro-diagnostic lui-même ne présente pas de garantie absolue. Il faut donc savoir interpréter certains résultats avec un sens clinique logique.

Si, dans l'endémo-épidémie de l'Hôpital Psychiatrique de la Charité-sur-Loire, que nous avons décrite, le diagnostic a été longtemps hésitant, et si le laboratoire a signalé dans les selles la présence d'un « para-colibacille » c'est parce que, à la lecture des résultats, le bactériologiste a cherché à mettre en parallèle les uns avec les autres, les divers caractères de culture et de fermentation des germes qu'il avait sous les yeux, avec les données livresques. La correspondance n'étant pas absolument parfaite, il s'est contenté d'un diagnostic d'attente.

Ce qu'il faut, c'est rechercher les germes les plus fréquents dans nos régions : le bacille de Shiga et les bacilles du groupe Flexner ; c'est aussi dans ce sens qu'il faut orienter le séro-diagnostic. Lorsqu'un sérum agglutine le bacille de Shiga, et, à un taux plus élevé celui de Flexner, il faut considérer le premier comme responsable de l'affection. Dans certaines formes mortelles de dysenterie, la séro-agglutination peut manquer pendant toute la durée de la maladie, ou devenir négative au moment de l'agonie.

Il faut savoir, parfois, se contenter d'un diagnostic clinique. C'est qu'il n'est pas toujours aisé d'avoir des conditions matérielles satisfaisantes pour attendre du laboratoire des réponses précises. C'est ainsi que, dans l'épidémie de Garches déjà citée, Kourilsky, Sicard et Brumpt ont pu mettre en évidence diverses souches du

bacille de Flexner ; à Villejuif, Beaussart a dû, pour la plupart de cas, se contenter de rechercher le groupe dysentérique en entier. Dans d'autres hôpitaux psychiatriques, les recherches n'ont donné aucun résultat, en raison de l'impossibilité d'effectuer desensemencements immédiats.

#### IV. MESURES DE PROPHYLAXIE

Lorsqu'un cas de dysenterie bacillaire apparaît dans un milieu urbain ou rural, ou dans une collectivité fermée, des mesures de prophylaxie doivent être appliquées immédiatement. Ces mesures, suivant le milieu atteint, diffèrent quelque peu par l'ampleur qu'elles prennent, mais leurs principes généraux restent les mêmes.

Dans les cas sporadiques, dans les épidémies des villes, l'isolement, la propreté individuelle du malade et de l'entourage, la désinfection des matières et des linges, la protection des aliments contre leur souillure possible, sont à la base de la prophylaxie. Pour les campagnes, où l'épidémie tend à envahir de proche en proche, la protection doit devenir collective, comme elle l'est dans les casernes, les milieux hospitaliers.

En ce qui concerne les milieux asilaires, la difficulté consiste à imposer ces mesures à des individus souvent incapables soit d'en comprendre l'importance (arriérés, affaiblis intellectuels, confus), soit d'en respecter les prescriptions (agités, opposants négativiques), quand il ne s'agit pas de malades lucides et conscients qui, par ruse, par malignité ou hostilité, cachent autant qu'ils le peuvent l'affection dont ils sont atteints afin d'éviter l'isolement et les restrictions qu'elle entraîne.

Les mesures prophylactiques ne concernent pas le malade seul; le personnel soignant et l'entourage sont également astreints à s'y conformer.

MESURES CONCERNANT LE MALADE  
ET LE PERSONNEL SOIGNANT

*A. Isolement et protection du personnel.*

La pratique courante des hôpitaux psychiatriques étant d'aliter tout malade dès qu'il présente quelque signe d'affection intercurrente, les diarrhées, sitôt décelées, n'échappent pas de ce fait à l'observation, surtout si des raisons existent de les mettre plus spécialement en surveillance dans la crainte de leur nature infectieuse possible. Si les données cliniques font suspecter ou affirmer une dysenterie, elles commandent immédiatement l'isolement du sujet, les recherches bactériologiques étant menées conjointement avec la mesure prise.

Pour un cas isolé, cette décision est facile à appliquer. Il n'en est plus de même si l'infection se propage et si les atteintes se multiplient, les chambres séparées étant en nombre limité.

Des auteurs anglais disent que les meilleurs résultats prophylactiques sont obtenus, s'il existe de tout temps un quartier spécial réservé aux dysentériques, avec des locaux distincts pour les formes typiques de la maladie et pour les formes suspectes.

Chaque malade doit avoir une chambre particulière et un matériel de traitement qui lui est propre. Le personnel infirmier doit être suffisant en nombre et en qualité.

Cette conception idéale est loin de correspondre aux disponibilités des hôpitaux psychiatriques français. Un pavillon spécial permanent de contagieux y est inexistant, faute d'usage habituel. D'ailleurs la population d'un asile, tout en bénéficiant de l'esprit hospitalier qui y règne et des ressources thérapeutiques qu'impliquent les doctrines psychiatriques relevant de la pathologie générale, n'en

demeure pas moins pour la plupart des éléments qui la composent, un groupement d'individualités dont les conditions de vie journalière ne sont pas forcément assimilables à celle des hôpitaux. Ces éléments sont plus ou moins valides, et les obligations légales de l'assistance fermée qui les régissent, les mettent dans la stricte nécessité de ne compter, dans toutes les éventualités de la vie médicale ordinaire, qu'avec les seules ressources de l'établissement qui les héberge. L'hôpital psychiatrique est une communauté compartimentée, isolée de l'extérieur, appelée parfois à être en quelques-unes de ses parties un hôpital général aux limites flottantes, suivant les aléas de la morbidité à laquelle toute collectivité peut s'attendre. Comme aucun hôpital psychiatrique n'est édifié selon un type uniforme, à supposer qu'on n'ait pas utilisé des locaux déjà existants (couvents, abbayes, dépôts de mendicité), comme il n'y a pas de modèle unique d'organisation, il est impossible d'arrêter des règles communes qui puissent servir de base à l'aménagement extemporané d'un service de contagieux en temps d'épidémie.

Suivant son emplacement, urbain ou rural, l'hôpital comportera pour chaque sexe un ou plusieurs services médicaux autonomes, de plan architectural varié allant depuis le système des pavillons éparpillés à faible capacité jusqu'aux groupes massifs, divisés intérieurement en autant de quartier qu'il y a de mode de comportement des malades. A cette diversité s'ajoute celle suivant laquelle est conçu le traitement des maladies intercurrentes courantes. Tantôt il existe une infirmerie par service, tantôt il existe une infirmerie commune à tout l'hôpital sous une direction médicale autonome, tantôt, en tenant compte du comportement des malades, une salle d'hospitalisation est créée dans chaque quartier. Cette dernière conception supprime l'inconvénient de placer dans un même local des agités et des tranquilles.

Il faut aussi tenir compte du surpeuplement qui est fréquent. Il empêche le plus souvent, en cas d'épidémie imposant un isolement strict, la libération éventuelle d'une partie ou de la totalité d'un quartier pour le transformer en service de contagieux. Il faut enfin remarquer que l'évolution d'une épidémie à son début est imprévisible, et que ce n'est qu'avec son extension qu'une telle mesure peut être adoptée.

En présence de ces difficultés il convient de grouper les infectés dans une partie du premier, ou du plus atteint des quartiers infectés et de tenir cette zone isolée du reste du quartier. Le personnel qui y sera affecté composera un groupe autonome n'ayant aucun contact avec les autres infirmiers ou malades. Il sera à protéger contre l'infection par un équipement ne quittant pas la zone atteinte : port de blouses réservées uniquement au service des dysentériques, gants de caoutchouc pour la manipulation des linges, des matières et du matériel médical, sabots de bois ou bottes de caoutchouc. L'entrée de la zone isolée, ou des différents locaux spécialisés, sera dotée d'un poste de toilette comprenant le matériel pour le lavage et le brossage des mains et une cuvette avec un désinfectant (solution de sublimé à 1 p. 1000 ou eau permanganatée à 0,15 p. 1000 par exemple). Enfin, s'il n'existe pas de chambres individuelles ou de dortoirs pour les seuls contagieux, il faudra s'ingénier à séparer les lits les uns des autres par des paravents, des draps, et assurer un sectionnement entre les alités dysentériques et les autres.

Cet isolement ainsi conçu est insuffisant ; on le rendra plus rigoureux encore en isolant les quartiers infectés du reste de l'hôpital. Les relations avec les services généraux tels que la cuisine, la lingerie ou la pharmacie, seront réduits au minimum et confiés à un personnel éduqué, toujours le même, capable de prendre des précautions de propreté

élémentaire comme le lavage et la désinfection des mains, à l'exclusion du personnel soignant les contaminés. La suppression des communications inutiles avec l'ensemble de l'asile sera réalisé par le maintien dans leurs quartiers de ceux des malades qui, logeant dans les locaux contaminés, travaillent à l'extérieur. Il faudra, enfin, ne pas effectuer de mutations d'infirmiers des quartiers infectés aux quartiers indemnes. Le personnel, qui, au cours des rondes devra pénétrer dans les zones de dysenterie, aura à prendre toutes les précautions que nous avons déjà indiquées (bottes, blouses, désinfection des mains).

Le malade, une fois isolé, devra être traité. On fera appel au sérum de Vaillard et Dopter, à la fois anti-toxique et anti-microbien, à dose variable selon la gravité de la maladie. On pourra tenter l'usage d'un vaccin buccal qui ne produit aucune réaction, à l'inverse des vaccins employés par voie sous-cutanée, qui sont trop dangereux ; mais les résultats de cette vaccinothérapie sont très inconstants. On pourra utiliser avec succès le bactériophage anti-Shiga ou polyvalent. Les sulfamides enfin, semblent avoir une action intéressante. Le 1162 F a été expérimenté par Gounelle et ses élèves sur une grande échelle au cours des épidémies qui se sont déclarées pendant les mois de juin, juillet et août 1940, tant dans les camps de prisonniers de la région parisienne, qu'à l'hôpital du Val-de-Grâce. Pour cet auteur les résultats seraient rapides et constants, tant contre le bacille de Shiga, que contre le bacille de Flexner et les paradysentériques. Précocement administré, le 1162 F doit être donné à fortes doses : 6-8 gr. le premier jour, 6 gr. le deuxième, 5 gr. les troisième et quatrième et 4 gr. les cinquième et sixième jour, dans les formes graves ; dans les cas plus légers on ne donnera que 20 gr. en quatre jours. Il faut associer les sulfamides à l'eau bicarbonatée et à la rechloration. Toujours bien supporté, ce traitement, très efficace d'après Gounelle, dans

les épidémies précitées de l'été 1940, a été absolument sans effet au cours de l'épidémie à bacille de Flexner de l'Hôpital de Garches étudiée par Kourilsky. Dans l'épidémie de l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif, le 1162 F a également été peu efficace. Cette différence dans l'efficacité du 1162 F est peut-être due aux milieux très dissemblables dans lesquels il a été utilisé : Gounelle a traité des sujets jeunes, fatigués par la campagne et la captivité, mais sans tares viscérales, alors qu'à Garches et à Villejuif la dysenterie a atteint des sujets séniles, des chroniques ou des cachectiques le plus souvent physiquement tarés.

L'isolement sera poursuivi pour chaque malade jusqu'à ce que la guérison soit effective. Ce moment ne peut être affirmé bactériologiquement par la recherche des germes chez le convalescent. Un résultat négatif ne suffit pas pour être probant et la recherche du bacille dans des selles fécaloïdes est difficile ; il faut pouvoir disposer d'un personnel nombreux, apte à faire ces recherches, et encore faut-il qu'elles soient effectuées dans des conditions de prélèvement favorables, le colibacille tendant à étouffer le développement du bacille dysentérique. On se contente, en pratique, de la constatation clinique d'après laquelle les selles sont redevenues normales, sans trace de mucus, depuis 15 jours. D'après les règlements actuellement en vigueur, la durée de l'éviction scolaire est de 28 jours, partant de la guérison constatée par certificat médical ; pour les frères et sœurs, elle n'est, moyennant l'isolement du malade, que de 21 jours.

### B. Désinfection.

La désinfection en cours de maladie est obligatoire. Elle s'adresse principalement aux selles des malades et aux bassins et seaux qui les contiennent.

Les bassins, non utilisés et propres, doivent être con-

servés à l'abri des germes et des poussières, dans des sacs individuels réservés à cet usage. Au moment de l'emploi, ils ne devront jamais être déposés sur le sol ou sur une chaise, à moins d'en être séparés par un linge propre.

Les selles, contenues dans ces bassins et dans des seaux, se désinfectent à l'aide d'une solution crésolée à 4 p. 100, ou de sulfate de cuivre à 5 p 100, ou encore d'eau de Javel diluée au quart. Les selles doivent baigner largement dans le désinfectant et rester à son contact pendant 3 heures. Elles pourront être déversées ensuite dans le tout-à-l'égout ou enterrées, sans présenter aucun risque d'infection. Il faut cependant éviter de les jeter dans des fosses septiques, afin de ne pas mettre celles-ci hors d'usage.

Les cabinets, quoique non utilisés par les malades, doivent être largement imprégnés (mur et sol) de chlorure de chaux. Les latrines, s'il y en a, seront largement désinfectées à l'aide de la même substance.

Le plancher des quartiers où sévit la dysenterie doit être régulièrement lavé avec un désinfectant comme, par exemple, une solution d'eau de Javel à 10 p. 100, et à toutes les entrées, principalement à celles des locaux de traitement et des cabinets, on placera une serpillière imbibée d'une solution crésolée forte à 4 p. 100.

Les linges souillés doivent être préalablement désinfectés par trempage d'une durée de 24 heures dans une solution faible de crésyl, puis blanchis secondairement afin d'éviter les taches dues à la coagulation des matières albuminoïdes.

De tout temps des précautions doivent être prises pour éviter le contact des mouches avec les aliments. Enfin, soigneusement, après les repas, la vaisselle est mise à l'ébullition et stérilisée.

Après la guérison il faudra désinfecter la literie, les matelas et les couvertures, et le lit ; ce dernier sera badi-geonné à l'eau crésylée forte dont nous avons déjà parlé ;

au besoin on pourra se servir d'une lampe à souder.

Il ne faut pas perdre de vue que l'air et la lumière doivent pénétrer librement dans les locaux et que « le soleil est un grand désinfectant » (Tanon). Cette nécessité n'est pas spécialement caractéristique des épidémies de dysenterie bacillaire ; l'air et le soleil sont nécessaires dans tous les locaux d'habitation, principalement là où il y a des malades. Les chambres à atmosphère confinée, noires et tristes, calfeutrées par de lourds rideaux, véritables chambres de mort, ne doivent plus être désormais qu'un souvenir.

## MESURES CONCERNANT L'ENTOURAGE

### A. Éviction des suspects.

Nous avons vu qu'à côté des dysentériques avérés, se rencontrait, au cours des épidémies une série d'individus qui, par des troubles intestinaux ou simplement par leurs contacts avec les malades, étaient susceptibles de transmettre l'affection.

L'action prophylactique idéale consisterait à isoler ces suspects dans un quartier spécial de contagieux. Comme, en général, un tel service n'existe pas, il peut être utile, lorsque la diffusion microbienne n'est pas généralisée, d'envisager des mutations intérieures restreintes à l'intérieur même du service infecté. Les mutations de quartier à quartier sont souvent difficiles du fait de leur catégorisation psychiatrique, et, placer des malades agités parmi des malades tranquilles n'est que rarement possible.

On peut considérer que l'entourage des malades se divise en trois groupes : d'une part, les suspects cliniques, d'autre part les suspects épidémiologiques et enfin les suspects bactériologiques.

Les suspects cliniques, c'est-à-dire ceux qui, en période d'épidémie, ne présentent pas des selles absolument normales, doivent être isolés d'une façon rigoureuse et si possible groupés à part.

Les suspects épidémiologiques, c'est-à-dire tous les aliénés appartenant à l'effectif des quartiers atteints par la maladie, ne doivent quitter ceux-ci tant que l'épidémie n'est pas arrêtée (sorties, transferts, mutations).

Il reste enfin les suspects bactériologiques. C'est la catégorie la plus décevante: elle comprend, en effet, tous les porteurs de germes. Or, parmi eux peuvent être compris les médecins, les infirmiers et leurs familles, et, d'une façon générale, tous ceux — internés ou non — qui ont des relations avec le reste de l'hôpital ou le milieu extérieur. Nous avons vu dans le chapitre précédent la difficulté de leur recherche systématique, mais il faut s'efforcer dans la mesure du possible, de faire ces examens surtout parmi ceux qui sont chargés des travaux hors des quartiers contaminés et s'assurer principalement de l'absence de danger présenté par le personnel chargé de la distribution des repas.

*En résumé*, il faut, d'après Joannon, interdire les visites de l'extérieur pour les cas en évolution, réduire les « sorties », essayer de répartir l'effectif des quartiers infectés en petits groupes, et supprimer toute nouvelle admission jusqu'à la fin de l'épidémie. Aucun transfert ne doit s'effectuer à cette époque, puis, l'infection éteinte, il est nécessaire de signaler aux asiles destinataires les malades ayant été infectés et ceux qui ont été placés dans les services touchés par la dysenterie. Ces quelques mesures, rigoureusement appliquées, permettent de minimiser les risques d'infection, mais elles ne suffisent pas à elles seules à l'éliminer complètement.

### B. *Immunisation.*

« La désinfection et l'isolement sont à la base de la prophylaxie » (Tanon). Mais si on arrive à immuniser les suspects épidémiologiques et à rendre inoffensifs les suspects bactériologiques, la désinfection et l'isolement ne deviennent plus que des facteurs prophylactiques secondaires. Le rôle du médecin est donc d'isoler et de traiter les cas avérés et les suspects cliniques, et de prémunir contre l'infection les sujets sains ou en danger de contamination. La création d'un « barrage d'immunité » (Joannon) prend donc une importance de plus en plus grande, au fur et à mesure que les moyens mis à notre disposition augmentent. Cette immunisation complète et renforce d'une façon puissante toutes les mesures de protection décrites précédemment.

Il y a plusieurs méthodes pour essayer d'établir un tel « barrage » ; chacune d'elle présente souvent une indication différente, mais leurs valeurs ne sont pas toujours absolues. Il existe des sérums, des vaccins, des bactériophages et une anatoxine.

1° *Les sérums.* — Le premier sérum, préparé par Shiga, était uniquement anti-microbien. Actuellement, le sérum employé habituellement est celui de Vaillard et Dopter, anti-toxique et anti-microbien, préparé par l'Institut Pasteur. Il est spécifiquement anti-Shiga ; il ne doit donc être utilisé que dans les cas où le bacille de Shiga est responsable de la dysenterie. Il existe des sérums anti-Flexner et anti-Hiss, mais ils sont inefficaces.

Employé depuis longtemps à titre préventif par différents auteurs, d'abord à dose insuffisante (on commença par 2 cc.), les résultats furent peu satisfaisants. En 1906, Rosculet injecte 5 cc. de sérum pour préserver des familles en milieu contaminé ; sur 18 injections, il ne se produit

aucun cas de dysenterie, et sur 18 cas témoins, il y eut 14 atteintes. Actuellement on considère que la dose efficace est de 10 cc. ; son action est alors remarquable, mais la durée de la protection est courte. Si le sujet reste en milieu contaminé plus de 10 à 12 jours, il faut renouveler l'injection du sérum.

Le sérum est donc peu pratique dans les collectivités, car il serait nécessaire, en période épidémique, de refaire régulièrement les injections. Il faudra l'employer seulement pour protéger quelques sujets particulièrement menacés, comme les voisins de lit en état de trop faible résistance, ou encore comme la famille d'un infirmier malade.

2° *Les vaccins.* — L'historique de la vaccination anti-dysentérique ne rentre pas dans le cadre de ce travail ; il est cependant intéressant de constater que la vaccination préventive a toujours intéressé les médecins, à partir du moment où la connaissance des germes dysentériques a pris un certain développement.

Shiga, le premier, tente en grand cette vaccination en injectant des cultures tuées. Comme elle entraînait des troubles locaux et généraux importants, il essaie le mélange sérum-vaccin sur 10.000 Japonais, avec un résultat sensible, sinon sur la morbidité, du moins sur la mortalité.

De nombreux vaccins injectables sont ensuite créés, mais si certains d'entre eux donnent des résultats intéressants, leur emploi entraîne toujours des réactions importantes, aussi sont-ils progressivement abandonnés.

Pour éviter ces réactions, Grabritschewski expérimente une vaccination par voie rectale chez le lapin et Dopter essaie la voie buccale sur la souris. Entre temps, Zeitlis absorbe volontairement en plusieurs fois 120 cc. de culture de bouillon de bacille de Shiga tués par la chaleur à 60°. Il ne présente aucun trouble digestif et son sérum agglutine le germe à un taux de 1 p. 60.

C'est à Besredka que revient le mérite de créer le premier vaccin buccal efficace expérimentalement sur l'animal. Il pensait, ainsi que Nicolle et Conseil, que l'« efficacité de la vaccination ne saurait être définitivement prouvée que par l'expérimentation sur l'espèce qu'il s'agit de protéger ». Une telle vaccination, si elle est efficace, présenterait les avantages d'éviter les réactions dues aux inoculations de germes toxiques, de choisir la voie la plus naturelle puisque l'infection est intestinale, et enfin, elle aurait la faveur d'un public rebelle, en général, aux inoculations.

Nicolle et Conseil expérimentent une vaccination préventive de l'homme contre la dysenterie bacillaire à bacille de Shiga. Ils commencent par essayer de reproduire la maladie par voie digestive sur 5 volontaires européens, qui tous, contractent la dysenterie, puis sur 12 volontaires indigènes, avec 9 résultats négatifs. De cette expérience, ils tirent les conclusions suivantes : « il est infiniment probable que cette résistance des indigènes tient à la fréquence de la pollution des eaux des campagnes tunisiennes par le bacille dysentérique, et à la vaccination naturelle, par voie précisément digestive, que l'absorption de ces eaux leur assure dès l'enfance et qu'ensuite elle entretient. »

Les expériences de vaccination faites par ces deux auteurs sur les indigènes, avant les essais d'inoculation de la maladie dont nous venons de parler, étaient donc non valables. Ils reprennent les expériences, cette fois démonstratives, sur des sujets européens. Les européens, disent-ils « échappent du fait de l'hygiène aux contaminations vaccinales des indigènes, et présentent une sensibilité parfaite au bacille dysentérique ».

Au mois de juillet 1923, une épidémie de dysenterie bacillaire a lieu dans la garnison de Versailles, la vaccination par voie buccale y est appliquée sans accident, et

l'action préventive est manifeste (on constate aussi une action curative).

Antonowsky vaccine en 1923 au cours d'une épidémie à l'asile Karl Marx de Léninegrad, 1.000 sujets sur 2.768. Dans le mois et demi qui suit 12 cas se déclarent chez les vaccinés et 56 chez les 1.768 non vaccinés. Des résultats analogues ont été obtenus à l'hôpital Botkine.

En 1923 et en 1924 M<sup>lle</sup> Pascal voit s'abattre deux épidémies de dysenterie bacillaire à l'asile départemental d'aliénés de Châlons-sur-Marne. La première année il y a 65 atteintes sur une population de 256 internés, soit 22,72 p. 100 ; la deuxième année, l'épidémie reprend ; mais après 7 nouveaux cas, cet auteur vaccine tous les occupants et tout le personnel de l'asile à l'aide de l'entéro-vaccin de Besredka. L'épidémie est arrêtée, il n'apparaît plus que 3 infections tardives, 2, 3 et 4 mois après l'immunisation.

En 1924, une épidémie à bacille de Flexner éclate à bord du navire-école hollandais *Trump* (1). Tout l'équipage est vacciné par voie buccale à l'aide d'une culture en bouillon peptoné stérilisée par chauffage ; toutes les prescriptions d'hygiène sont ensuite abrogées. La marche de l'affection est enrayée ; un cas bénin, le dernier, se déclare 8 jours après la vaccination générale.

Une telle vaccination à l'aide d'un entéro-vaccin a été faite en grand au Japon (en 1930 et 1931), où la dysenterie bacillaire est très répandue. Les résultats en ont été inconstants, mais la morbidité a été abaissée de moitié et les vaccinés n'ont présenté aucune réaction vaccinale. La durée de l'immunité ainsi acquise n'est pas connue, mais elle ne semble pas dépasser 3 mois.

Dans une épidémie d'asile, il semble avantageux d'em-

---

(1) Nous avons déjà parlé des épidémies de Châlons-sur-Marne et de celle du navire-école hollandais « Trump » en rade de Villefranche, dans le chapitre d'épidémiologie.

ployer un vaccin buccal après utilisation du bactériophage, pour confirmer la résistance spécifique du sujet à la maladie. Dans la partie indemne de l'hôpital, la mise en œuvre de la vaccination préventive est légitime.

Dans des conditions parfaites, l'emploi d'un vaccin à utiliser par voie buccale, préparé avec les germes isolés au cours de la maladie, serait un idéal trop peu souvent réalisable.

3° *Le bactériophage*. — « Au moment où les symptômes de la maladie s'amendent, il apparaît dans l'intestin du malade un principe qui a la propriété de détruire et de dissoudre les bacilles pathogènes » (D'Herelle). C'est le bactériophage. Celui-ci, qu'on rencontre toujours dans les selles normales, n'est pas unique ; il en existe un grand nombre de races à action spécifique. Appliqué comme traitement, il est apparu rapidement qu'il pouvait avoir aussi une action préventive. En 1921, d'Herelle prévoyait la possibilité d'une prophylaxie, à l'aide de ce principe, en faisant des injections préventives d'un mélange de plusieurs races de bactériophage. L'intérêt de ce principe lysant réside dans son inocuité absolue ; d'Herelle a essayé sur lui-même des cultures anti-Shiga, tant par la voie buccale que par la voie sous-cutanée, sans ressentir aucun trouble.

Queranjal des Essarts utilise le bactériophage à titre prophylactique, dans une colonie de vacances de Bretagne, au cours d'une épidémie. Il prescrit pendant 4 jours une ampoule de 2 cc. de bactériophage anti-dysentérique polyvalent ; l'épidémie est enrayée alors qu'elle continue à sévir dans les villages voisins où la dysenterie est endémique.

Certaines conditions doivent être réalisées pour que l'emploi du bactériophage puisse être efficace : il faut agir

en milieu infecté et choisir une souche lysant le germe en cause.

Dans un hôpital psychiatrique, il semble légitime de l'utiliser dans les quartiers infectés à titre prophylactique dès l'éclosion de l'épidémie. Éventuellement, le bactériophage peut être un mode de traitement souvent très efficace. Dans la partie indemne de l'hôpital, il sera tenu en réserve, prêt à être utilisé au cas où un nouveau foyer ferait son apparition.

4° *L'anatoxine anti-dysentérique.* — Préparée à partir de la toxine du bacille de Shiga, l'anatoxine ne peut prémunir que contre ce germe. Elle est sans action contre les bacilles de Flexner ou de Hiss. Les essais expérimentaux sur les animaux montrent que cette substance les protège contre des doses plusieurs fois mortelles de toxine, mais que le sérum sanguin des animaux vaccinés n'a aucune propriété agglutinante pour les bacilles dysentériques. Glatow, Lesbre, constatent que l'ingestion d'anatoxine donne aussi une immunisation, mais à un degré moindre.

Les premiers essais de vaccination sur l'homme donnent des résultats analogues. L'anatoxine provoque une légère réaction locale, sans provoquer de troubles généraux. Le sérum sanguin des sujets vaccinés est dépourvu de propriété agglutinante, mais il possède, comme celui des animaux, des propriétés anti-toxiques manifestes.

En 1925 une expérience est faite à bord du croiseur *Jeanne-d'Arc*, sur 31 élèves-officiers. Ils reçoivent d'abord 0,5, puis 1 cc. à 8 jours d'intervalle, sans ressentir aucun trouble général.

Cette méthode inoffensive, est-elle efficace en milieu épidémique ? Bouffard et Vancel l'essaient en Afrique Équatoriale Française, sur les indigènes travaillant à la construction du chemin de fer Congo-Océan, en injectant toutes les 3 semaines 1 cc., 1 cc. 5, et enfin 2 cc. d'anatoxine.

Ils constatent une forte diminution de la léthalité, mais ils ne peuvent rien conclure sur la durée de l'immunité ainsi acquise. Elle est suffisante pour maintenir l'affection sous la forme sporadique et éviter les explosions épidémiques. Cette expérience a une grande importance, si on considère que le bacille de Shiga est, par ordre de grandeur, la troisième cause de la mortalité dans cette région de l'Afrique

Perghen et Van Reil vaccinent 80.000 noirs dans la région des Grands Lacs. Il en résulte un arrêt soudain de la mortalité et une diminution sensible de la morbidité.

L'anatoxine dysentérique est donc efficace.

Les méthodes d'immunisation biologique que nous possédons ont toutes une certaine valeur, mais aucune n'est absolue. On doit, suivant les circonstances, choisir l'une ou l'autre, ou en associer plusieurs. Il faut pouvoir arriver à obtenir un barrage d'immunité aussi parfait que possible, afin que l'isolement et la désinfection, si primordiaux autrefois, passent au second plan.

### III. MESURES D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

Les mesures d'hygiène générale ont deux buts, elles tendent d'une part à diminuer la contagion, d'autre part à sauvegarder la résistance générale et locale des aliénés. Elles s'adressent moins au dysentérique qu'au sujet susceptible de le devenir.

#### a) *Mesures tendant à diminuer la contagion.*

*La propreté corporelle.* — Elle est indispensable. Le malade, comme l'entourage, doit être maintenu dans la propreté corporelle la plus absolue. Difficile à obtenir chez certains aliénés, elle doit être imposée et surveillée, car

c'est son absence qui aide si efficacement à la propagation de la maladie. Les mains seront lavées souvent, toujours avant les repas, avec une brosse et du savon ; lorsque le sujet est inéducable il faut l'obliger à désinfecter ses doigts avec un produit coloré, permettant un contrôle certain. Les ongles doivent être courts, car « la dysenterie est la maladie des mains sales ». Le reste du corps ne doit pas être négligé, aussi les bains et les douches seront-ils largement utilisés.

*La propriété alimentaire.* — L'hygiène de la cuisine doit être parfaite, aucun manquement à cette règle ne peut être toléré. Les aliments cuits seront servis chauds, les aliments crus ou froids, comme la charcuterie, seront diminués en nombre, ou même supprimés. Le pain sera flambé sur sa périphérie et coupé avec un couteau passé à la flamme. L'eau devra être surveillée et examinée au point de vue bactériologique ; en cas de doute sur sa valeur, il faudra la puiser à des robinets situés dans les zones indemnes de l'hôpital.

b) *Mesures tendant à sauvegarder la résistance générale et locale.*

La qualité de l'alimentation doit être excellente, et la quantité abondante. Nous savons que les défaillances alimentaires entraînent une rupture d'équilibre entre les recettes et les dépenses et ceci en faveur des dépenses, il en résulte l'épuisement et la débilitation de l'organisme et un risque plus grand de contagion. Ceci est particulièrement manifeste dans les hôpitaux psychiatriques.

La lutte contre le froid doit être efficace, les vêtements chauds et bien conçus, l'abdomen protégé par une ceinture de flanelle.

Les locaux doivent être clairs et largement aérés ; ils doivent être judicieusement cloisonnés. En hiver le chauff-

fage doit être régulier afin qu'il n'y ait pas d'alternatives de chaud et de froid.

L'évacuation des déjections doit être aisée ; les cabinets, en nombre suffisant, seront lavés au jet.

Le sol sera fait d'une substance lavable et imperméable.

Enfin, les locaux seront tenus propres, entretenus régulièrement et les mouches combattues.

« Lorsque la propreté règnera partout... la dysenterie ne sera pas plus fréquente dans les casernes que dans la classe aisée » (Job). Cette remarque s'applique à tous les milieux, les hôpitaux psychiatriques n'y échappent pas (1).

---

(1) Bien au contraire, puisqu'il est toute une catégorie de leurs malades dont l'état mental est tel qu'ils n'éprouvent aucune répulsion à se souiller ou à se barbouiller de leurs excréments, quelque précaution qu'on prenne pour les en garantir ou les en débarrasser.



## DEUXIÈME PARTIE

---

### L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE VILLEJUIF

#### GÉNÉRALITÉS.

Édifié sur un vaste plateau limité à l'ouest par la vallée de la Bièvre, à l'est par la vallée de la Seine, l'hôpital est situé à la partie périphérique de l'agglomération, dont la masse principale le circonscrit à l'est et au nord.

Il comprend 6 sections médicales : 4 anciennes (divisées en 2 sections pour les hommes et 2 sections pour les femmes ouvertes en avril 1884 et en mai 1886), et 2 nouvelles dont l'une, réservée aux aliénés criminels et difficiles a été ouverte en 1910, puis complétée en 1933, et dont l'autre a commencé à fonctionner en 1932.

Les 4 sections anciennes (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> Sections Hommes, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> Sections Femmes) sont formées chacune de 5 quartiers disposés symétriquement par rapport à un axe nord-sud que constituent les bâtiments administratifs et les divers services généraux. La section réservée aux aliénés criminels et difficiles est construite dans une enceinte réservée; la dernière section — 3<sup>e</sup> Section Hommes — comprend également 5 quartiers, disposés parallèlement les uns par rapport aux autres, mais très à l'écart des autres services, au milieu des jardins de l'hôpital.

Ce sont les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> Sections Hommes qui ont été atteintes par la dysenterie bacillaire dans la période s'étendant du mois de septembre 1940 au mois de juin 1941.

Chaque section a un personnel médical et infirmier qui lui est propre. Le personnel médical est logé dans l'établissement, mais les infirmiers et les infirmières, qui assurent le service en 3 équipes de 8 heures, quittent l'hôpital après leur travail. Il n'y reste en permanence, en plus des médecins, que le personnel administratif. Le nombre moyen de la population entre le 1<sup>er</sup> octobre 1940 et le 1<sup>er</sup> avril 1941 était de 2.953 personnes dont 2.197 malades, 628 infirmiers et infirmières et 128 membres du personnel logé y compris leurs familles. Remarquons dès maintenant que le surpeuplement a été, chez les malades, un fait constant ces dernières années.

En principe, les occupants d'un quartier ne communiquent pas avec ceux des autres quartiers (1). En réalité, cette règle n'est pas absolue, car il existe des mutations inévitables de quartier à quartier dues au changement du comportement des malades; il y a les intercommunications exigées par les besoins journaliers des services, en particulier les équipes de travailleurs détachés dans les divers services généraux qui, se rencontrent inévitablement avec les équipes venues des autres quartiers. Les communications avec l'extérieur, aussi réduites soient-elles, s'effectuent cependant par l'intermédiaire des infirmiers, des visiteurs, des entrants ou des sortants, et enfin des permissionnaires. Il n'en demeure pas moins que la vie d'asile, du fait de sa discipline et de son dispositif de surveillance, du fait de la stabilité de sa population, offre des conditions d'observation et de contrôle épidémiologiques dignes du plus grand intérêt.

---

(1) Il y a une catégorisation psychiatrique des quartiers.

## LA DYSENTERIE DANS LA 2<sup>e</sup> SECTION HOMMES

La 2<sup>e</sup> Section Hommes présente comme toutes les autres sections de l'hôpital une unité médicale autonome. Elle est divisée en 5 quartiers numérotés de 5 à 9. Chacun d'eux est constitué par une cour et un corps de bâtiment comportant, au rez-de-chaussée, un vestibule central qui dessert d'une part une salle de réunion à laquelle fait suite un réfectoire, d'autre part une salle d'hospitalisation à laquelle fait suite une salle de bains. Au 1<sup>er</sup> étage se trouve un couloir central, qui donne accès à 2 dortoirs pour les malades levés dans la journée. La salle d'hospitalisation du rez-de-chaussée est consignée à ces derniers malades, mais l'isolement de cette salle est imparfait car elle ne possède pas de cabinets qui lui soient strictement réservés.

Le 8<sup>e</sup> quartier diffère des autres. Plus petit, il ne comprend que 20 lits répartis en 4 chambres et 1 dortoir ; les bains et les douches sont communs au quartier 8 *bis* qui lui est attenant, et qui dépend de la 1<sup>re</sup> Section Hommes.

Le personnel infirmier, ainsi que le veulent les règlements, est uniquement masculin.

A chaque quartier sont affectées certaines catégories de malades. C'est ainsi que le 5<sup>e</sup> quartier reçoit les malades calmes — une partie de ceux-ci est occupée aux services généraux, où elle est en contact avec les travailleurs venus des autres sections, — le 6<sup>e</sup> quartier reçoit les agités et les indisciplinés pervers, le 7<sup>e</sup>, les gâteux et les affaiblis malpropres, le 8<sup>e</sup>, les agités soignés pour des affections intercurrentes ou des malades bénéficiant des thérapeutiques de choc, le 9<sup>e</sup> — l'infirmierie — est réservé aux affai-

blis calmes, aux admissions et aux mises en surveillance psychiatrique continue.

C'est dans le courant du mois de septembre 1940 qu'apparaissent les premiers cas cliniques de dysenterie bacillaire. En recherchant dans les archives de la Section, on retrouve qu'au mois de mars 1937, une épidémie restreinte de dysenterie a sévi au 7<sup>e</sup> quartier; 14 atteintes indéniables y sont apparues du 11 au 22 mars, sans compter 5 ou 6 autres pour lesquelles les observations n'ont pas été retrouvées. On ne relève aucune indication sur le bacille responsable de l'épidémie. Les malades, âgés de 35 à 50 ans, dont le temps d'internement s'échelonnait de 7 ans à 3 mois comprenaient 7 paralytiques généraux, 5 déments précoces, 1 dément artériopathique et 1 épileptique par lésion cérébrale circonscrite. De plus, le 18 mars décédait d'hémorragie intestinale avec colite gangreneuse, un malade de 55 ans, arrivé depuis 1 mois à l'hôpital.

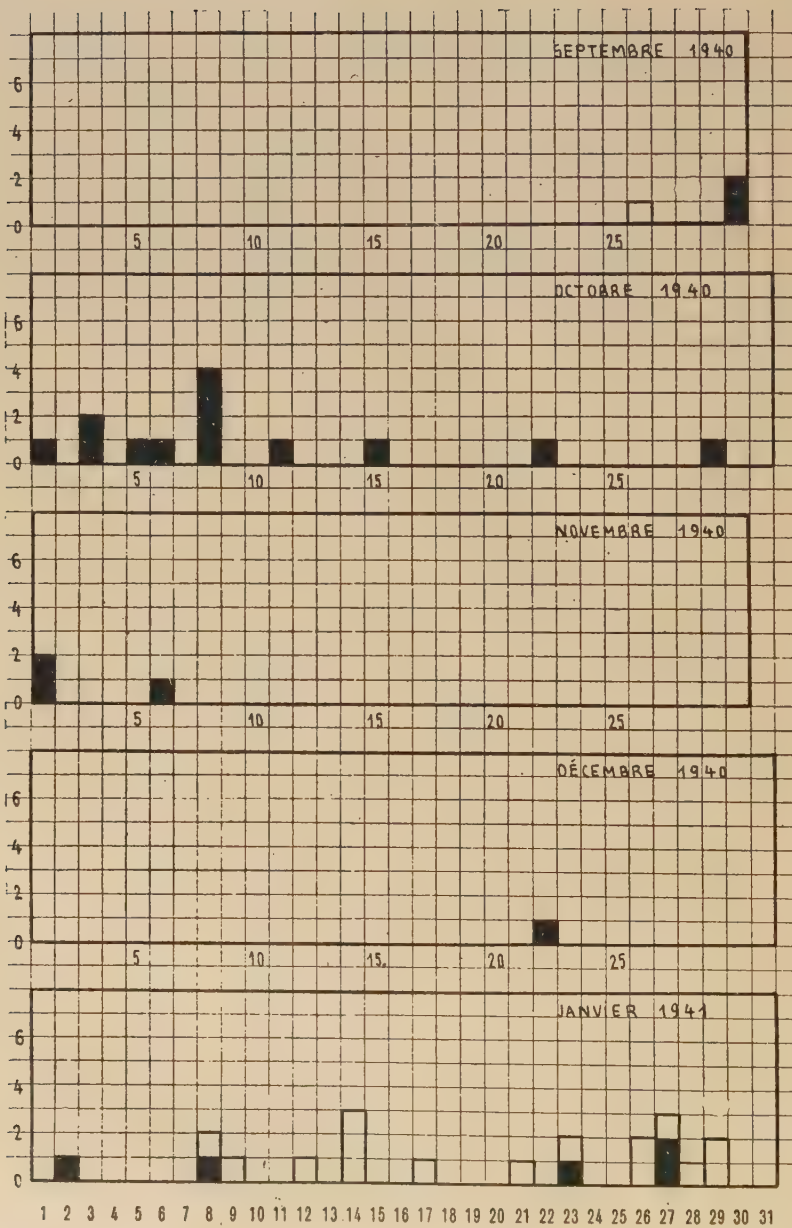
Les archives ne permettent pas d'établir l'existence de formes atténuées ou atypiques, ou de diarrhée concomitante. Mais l'attention est attirée par le fait que deux des malades atteints par la dysenterie en 1937, sont encore présents dans le quartier au moment où l'épidémie se déclare en 1940. L'un d'eux, un dément précoce âgé de 46 ans, interné dans le service depuis le mois de janvier 1930, échappe à l'affection actuelle; l'autre, un paralytique général âgé de 59 ans, le dernier contaminé de l'épidémie de 1937, est pris le 26 septembre 1940 d'une diarrhée incoercible, avec œdème généralisé, cyanose des extrémités, algidité et collapsus cardiaque. Le décès survient 48 heures plus tard. A cette époque, les œdèmes carentiels qui vont se multiplier bientôt, n'étaient pas encore apparus.

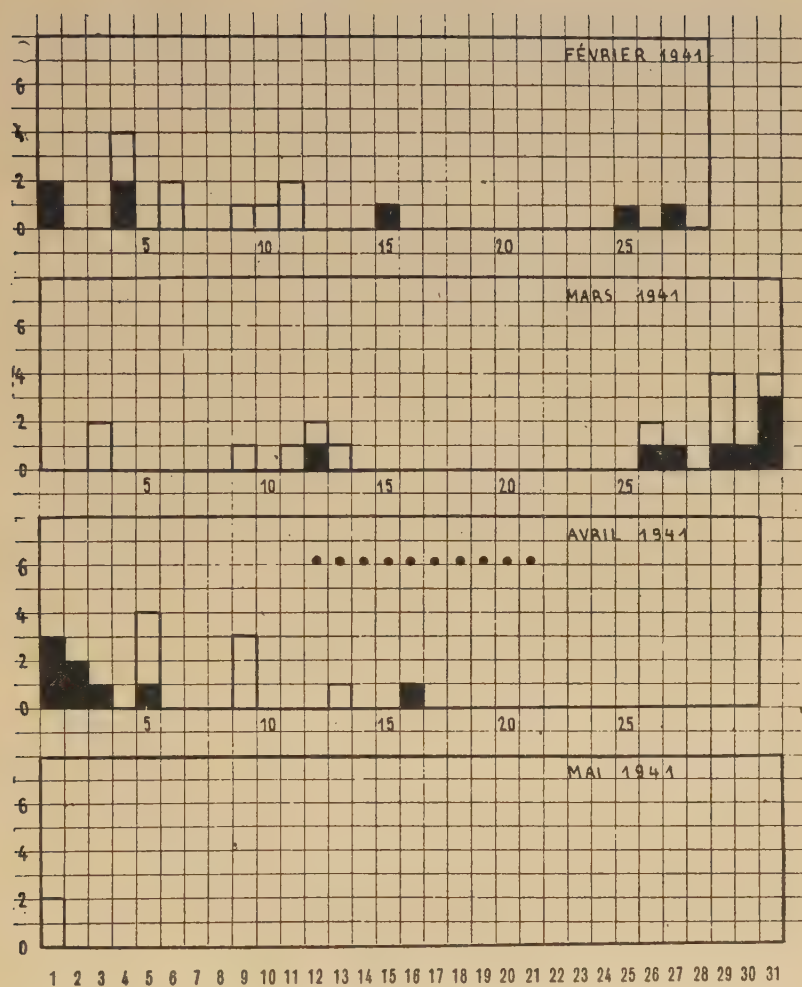
Le 30 septembre apparaissent les deux premiers cas cliniques de dysenterie. Jusqu'au 22 octobre, 14 cas se déclarent et évoluent en dehors de tout cas de diarrhée. Au mois de novembre, 2 de ces malades font des rechutes

après 15 jours de selles normales et un 3<sup>e</sup> cas reprend 21 jours après guérison apparente ou réelle. Le 22 décembre l'épidémie reprend, et elle va se continuer jusqu'au 1<sup>er</sup> mai, s'étendant encore à 2 autres quartiers. A partir de cette reprise, la diarrhée se mêle à la dysenterie et nous trouvons, avec les rechutes, à côté de 29 nouvelles atteintes dysentériques, 42 cas de diarrhée d'aspect banal et 1 cas de fièvre paratyphoïde B. Pour un total général de 77 malades, 5 présentent 2 fois de la dysenterie (1), 3 présentent 1 fois de la dysenterie et une fois de la diarrhée (2), et 6 présentent 2 fois de la diarrhée cliniquement banale (3).

C'est au 7<sup>e</sup> quartier (affaiblis et gâteux) qu'apparaît, comme en 1937, l'épidémie actuelle. Le surpeuplement y est considérable ; au lieu du chiffre normal de 78 malades, il y en a en réalité 114. La dysenterie reste localisée à ce quartier jusqu'au 9 janvier, date à laquelle on trouve les premières atteintes au 6<sup>e</sup> quartier (agités). Dans ce nouveau quartier, le surpeuplement est aussi important, il y a 82 aliénés au lieu de 58. Il apparaît d'abord une fièvre paratyphoïde B entraînant la mort du malade en 48 heures, puis de la diarrhée se déclare, et ce n'est que le 1<sup>er</sup> février qu'on rencontre le premier cas de dysenterie. Le 6 février l'épidémie fait son apparition au 5<sup>e</sup> quartier (malades calmes et travailleurs) par un cas de dysenterie, le 2<sup>e</sup> cas

- 
- (1) 1<sup>er</sup> cas : du 1<sup>er</sup> au 16 octobre et du 6 au 19 novembre.  
2<sup>e</sup> cas : du 3 au 16 octobre et du 2 au 6 janvier.  
3<sup>e</sup> cas : du 6 au 16 octobre et du 1<sup>er</sup> au 10 novembre.  
4<sup>e</sup> cas : du 8 au 16 octobre et du 1<sup>er</sup> au 10 novembre.  
5<sup>e</sup> cas : du 8 au 16 octobre et du 29 octobre au 19 novembre.
- (2) 1<sup>er</sup> cas : dysenterie le 5 octobre, diarrhée le 29 mars.  
2<sup>e</sup> cas : dysenterie le 8 octobre, diarrhée le 9 avril.  
3<sup>e</sup> cas : dysenterie le 23 janvier, diarrhée le 5 avril.
- (3) 1<sup>er</sup> cas : diarrhée le 12 janvier et le 9 avril.  
2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cas : diarrhée le 14 janvier et le 5 avril.  
4<sup>e</sup> cas : diarrhée le 26 janvier et le 9 avril.  
5<sup>e</sup> cas : diarrhée le 29 février et le 1<sup>er</sup> mai.  
6<sup>e</sup> cas : diarrhée le 3 mars et le 12 mars.





Schémas montrant l'apparition journalière des cas de dysenterie (en noir) et des cas de diarrhée (en blanc) avec les dates de l'institution du barrage d'immunité.

survient le 15 et 10 jours plus tard le 3<sup>e</sup> cas. Ici aussi le surpeuplement est manifeste, il y a 122 internés au lieu de 78.

Les 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> quartiers restent indemnes.

Quelle est l'origine de l'épidémie actuelle. Il est difficile sinon impossible de répondre catégoriquement à cette question. Il semble logique, en raison de l'épidémie de 1937, de considérer à l'origine de l'affection de 1940, soit le malade du 7<sup>e</sup> quartier qui a échappé à la dysenterie actuellement, soit de préférence celui qui le 26 septembre 1940 est pris d'une diarrhée extrêmement profuse et qui meurt en 48 heures. Cela expliquerait la réinfection du 7<sup>e</sup> quartier. De là, le germe va se répandre dans les autres quartiers. Deux voies peuvent expliquer le passage de la maladie au 6<sup>e</sup> quartier : soit par un aliéné muté au 6<sup>e</sup> quartier le 29 septembre, époque à laquelle le processus pathologique n'avait pas encore été catalogué, qui tombe malade le 1<sup>er</sup> octobre et qui retourne le 2 octobre au 7<sup>e</sup> quartier, soit encore par un malade du 6<sup>e</sup> quartier, ayant séjourné dans le 7<sup>e</sup> du 12 au 24 décembre et qui présente le 14 janvier une diarrhée d'allure banale, à séro-diagnostic négatif au mois d'avril.

C'est toujours du 7<sup>e</sup> quartier que semble venir l'infection qui atteint le 5<sup>e</sup> quartier, soit par un malade venu de ce quartier le 27 septembre et pris de dysenterie le 1<sup>er</sup> avril, soit par un autre malade venu aussi du 7<sup>e</sup> quartier le 27 décembre et qui contracte la maladie le 31 mars. Étaient-ils porteurs de germes? (L'apparition de la maladie se fait le 15 février au 5<sup>e</sup> quartier). Y a-t-il eu des formes fugaces de diarrhée dysentérique? Il est impossible d'en retrouver les traces. Deux sujets du 5<sup>e</sup> quartier mis en observation au 7<sup>e</sup> quartier du 3 au 10 mars et du 12 au 19 mars, un dysentérique guéri du 6<sup>e</sup> quartier, muté au 5<sup>e</sup> quartier le 25 mars, deux autres malades venus du 6<sup>e</sup>, l'un le 13 février, après avoir eu de la diarrhée le 26 janvier, l'autre le 8 mars

après avoir eu de la diarrhée le 8 février ne sont-ils pas responsables de la flambée épidémique des 13 cas s'échelonnant du 26 mars au 3 avril? Cette « flambée », quelle que soit la source de contagé, s'explique par la mauvaise volonté et la dissimulation de contaminés lucides qui se sont ingéniés à cacher leur état par crainte de restrictions alimentaires supplémentaires.

*Examens de Laboratoire.* — Dans la toute première période de l'épidémie, les recherches de laboratoire n'ont pas été faites ; cela est dû à ce que l'affection n'était pas encore nettement cataloguée. Très vite cependant, les selles furent envoyées à l'Institut Pasteur où l'on mit en évidence, 1 fois le bacille de Shiga et 2 fois le bacille de Flexner. Le diagnostic clinique étant ainsi confirmé, l'envoi des selles à l'Institut Pasteur fut arrêté. Les examens bactériologiques sont faits systématiquement dès la reprise de l'épidémie, le 22 décembre, dans tous les cas de dysenterie clinique et, dans un certain nombre de cas de diarrhée, par le laboratoire de la 2<sup>e</sup> Section Hommes, mais on doit se contenter de la seule recherche du groupe dysentérique. Des examens plus poussés sont faits par M. Peyre, du laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine, tant sur les bacilles que sur le sérum des malades.

Il y a eu 91 atteintes intestinales, rechutes comprises, au cours de l'épidémie qui a sévi dans la 2<sup>e</sup> Section Hommes. Dans la période s'étendant jusqu'au 22 décembre 1940, il y a :

- a) 1 diarrhée profuse : pas d'examen de laboratoire.
- b) 18 dysenteries cliniques : 3 examens (1 Shiga, 2 Flexner).

Des séro-diagnostic fait plus tardivement dans 4 cas de dysenterie clinique sont deux fois positifs au Flexner au taux de 1 p. 100 et 2 fois négatifs.

Dans la période partant du 22 décembre et se terminant avec la fin de l'épidémie, il y a :

a) 29 dysenteries cliniques et 29 examens de selles. Sur les 29 examens, 21 sont positifs et 8 sont négatifs. Sur 5 séro-diagnostics, 4 sont positifs au taux de 1 p. 100 et 1 est négatif.

b) 41 diarrhées et 20 examens de selles. On ne trouve jamais le bacille dysentérique, mais sur 12 séro-diagnostics, 3 sont positifs au Flexner et 9 sont négatifs.

Il faut remarquer que la concordance des résultats n'est pas toujours parfaite. C'est ainsi que dans 2 cas de dysenterie, la bactériologie ne met pas en évidence le bacille, mais la séro-agglutination est positive au centième pour le bacille de Flexner. Dans les séro-diagnostics des diarrhées, 7 résultats négatifs concordent avec la recherche du germe, 1 est en opposition (pas de germe, séro-diagnostic positif) ; pour les 4 autres cas, la recherche n'a pas été faite.

*Statistiques.* — En l'espace de 8 mois, 77 sujets présentent 91 atteintes intestinales se répartissant en 47 cas de dysenterie, 43 cas de diarrhée et 1 paratyphoïde B. 14 malades ont présenté des rechutes dont le détail a déjà été décrit. Il y a eu un total de 15 sujets chez lesquels la maladie se termine par la mort, soit 19,48 p. 100. Sur ces 15, 10 présentent de la dysenterie bacillaire confirmée cliniquement et bactériologiquement, 2 présentent de la diarrhée, 2 sont atteints de gastro-entérite suraiguë et 1 de fièvre paratyphoïde.

Topographiquement on relève : au 7<sup>e</sup> quartier, 26 cas de dysenterie et 9 cas de diarrhée, au 6<sup>e</sup> quartier, 6 cas de dysenterie, 24 cas de diarrhée et 1 fièvre paratyphoïde, au 5<sup>e</sup> quartier 17 cas de dysenterie et 8 cas de diarrhée.

Si on considère les diagnostics psychiatriques de la totalité des malades, on constate qu'ils se répartissent de la façon suivante :

|                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| 19 démences précoces         | 1 manie                        |
| 18 paralysies générales      | 1 alcoolisme chronique         |
| 10 psychoses hallucinatoires | 1 délire paranoïaque           |
| chroniques                   | 1 affaiblissement intellectuel |
| 6 démences séniles           | alcoolique                     |
| 5 imbecillités               | 1 déséquilibre mental avec     |
| 4 délires paranoïdes         | perversion                     |
| 4 épilepsies                 | 1 mélancolie                   |
| 3 délires de persécution     | 1 cyclothymie                  |

Chez les malades ayant succombé à l'affection, on trouve :

|                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| 5 paralysies générales | 2 imbecillités            |
| 4 démences précoces    | 1 épilepsie               |
| 2 démences séniles     | 1 psychose hallucinatoire |
|                        | chronique                 |

Si on examine l'âge des malades, il y a :

|          |                     |
|----------|---------------------|
| 8 sujets | entre 21 et 30 ans. |
| 25 —     | — 31 et 40 —        |
| 22 —     | — 41 et 50 —        |
| 11 —     | — 51 et 60 —        |
| 10 —     | — 61 et 70 —        |
| 1 —      | âgé de 73 ans.      |

Parmi les décédés :

|          |                     |
|----------|---------------------|
| 3 sujets | entre 31 et 40 ans. |
| 6 —      | — 41 et 50 —        |
| 13 —     | — 51 et 60 —        |
| 3 —      | — 61 et 70 —        |

Nous avons vu précédemment que le bacille dysentérique est fréquent dans les asiles d'aliénés. Nicolle et Conseil ont constaté, au cours de leurs essais de vaccination par voie buccale, que les indigènes tunisiens présentaient

à l'infection une résistance qu'ils supposaient due à une vaccination naturelle occulte. Une telle vaccination n'existe-t-elle pas dans les asiles?

Sur les 77 malades :

|    |            |                           |         |         |
|----|------------|---------------------------|---------|---------|
| 4  | présentent | une durée de séjour entre | 0 et    | 3 mois. |
| 4  | —          | —                         | 3 et    | 6 —     |
| 14 | —          | —                         | 6 et    | 12 —    |
| 7  | —          | —                         | 12 et   | 18 —    |
| 9  | —          | —                         | 18 et   | 24 —    |
| 14 | —          | —                         | 2 et    | 4 ans   |
| 19 | —          | —                         | 4 et    | 10 —    |
| 4  | —          | de séjour de plus de      | 10 ans. |         |

Parmi les malades décédés :

|   |        |                 |         |         |
|---|--------|-----------------|---------|---------|
| 1 | a fait | un séjour entre | 0 et    | 3 mois. |
| 1 | —      | —               | 3 et    | 6 —     |
| 5 | —      | —               | 6 à     | 12 —    |
| 1 | —      | —               | 12 à    | 18 —    |
| 2 | —      | —               | 18 à    | 24 —    |
| 2 | —      | —               | 2 à     | 4 ans.  |
| 1 | —      | —               | 4 à     | 10 —    |
| 2 | —      | de plus de      | 10 ans. |         |

Si, avec les chiffres précédents, il ne nous semble pas possible de tirer une conclusion satisfaisante, il paraît cependant probable que la gravité de l'affection est plus grande chez les nouveaux internés que chez les anciens.

*Traitement et prophylaxie.* — Le traitement a consisté dans l'emploi de sérum à dose massive, en association soit avec du stovarsol, soit avec le 1162 F, soit secondairement avec un bactériophage polyvalent dont l'efficacité a été manifeste. Le sérum seul n'a eu que peu ou pas d'action, l'épidémie étant due au bacille de Flexner. Dans les cas

de dysenterie avec hypothermie, l'extrait surrénal a été utilisé avec succès.

Le Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine, alerté par le Service d'Hygiène de la Préfecture de Police, a collaboré à la lutte prophylactique. A la suite d'une conférence de mise au point tenue avec Tanon, Joannon a rédigé à cette intention des consignes générales de prophylaxie dont nous avons exposé les principes dans la première partie de ce travail.

L'isolement, mis en œuvre dès le début, s'est fait dans la salle d'hospitalisation du 7<sup>e</sup> quartier dès la première atteinte. L'isolement de certains agités ne pouvant se faire avec des gâteux, une partie de ces malades a été rassemblée dans la salle d'hospitalisation de leur quartier (6<sup>e</sup> quartier), et ceux dont le comportement le permettait ont été transférés au 7<sup>e</sup>. Les malades du 5<sup>e</sup> quartier, lucides et tranquilles, ont été isolés dans le 7<sup>e</sup> quartier.

Habituellement, même en dehors de toute épidémie, le personnel infirmier des salles d'hospitalisation des divers quartiers est fixe et n'assure aucun autre service ; ce n'est qu'à l'heure des repas qu'il entre en contact avec le personnel des autres salles. Au moment de l'épidémie, ces infirmiers prennent leurs repas séparément.

Les visites aux malades sont d'abord interdites, puis par raison psychologique — un grand nombre de sujets étant cachectiques — seule la famille directe est autorisée à voir son malade, pendant un temps très court et à distance, afin d'éviter les contacts infectants.

La désinfection a été des plus rigoureuses : les selles ont été traitées par la solution crésolée forte à 4 p. 100 ; dans les cabinets et les urinoirs, le chlorure de chaux a été très largement utilisé ; les planchers des divers locaux ont été lavés avec un linge imprégné de la solution crésolée, aux entrées des dortoirs et des salles d'hospitalisation les tapis-brosses ont été imprégnés de la même solution. La désin-

fection du linge et de la literie a été effectuée normalement par le service de désinfection de l'hôpital.

La protection du personnel infirmier a été faite à l'aide de blouses spéciales ne quittant pas le service infecté et par des sabots ; les mains ont été désinfectées par une solution d'eau de Javel. Il n'y avait ni gants ni bottes de caoutchouc, en raison des restrictions actuelles.

La recherche des porteurs de germes, effectuée chez le personnel médical et infirmier en rapport avec des sujets indemnes et chez les malades travailleurs, n'a donné aucun résultat.

Pour protéger les sujets sains susceptibles d'être contaminés, un « barrage d'immunité » fut établi à l'aide d'un bactériophage antidysentérique polyvalent. Tous les sujets cliniquement indemne et tous les infirmiers des quartiers contaminés reçoivent du 12 au 21 avril, 1 cc. par jour de bactériophage. Chaque sujet et chaque infirmier des quartiers indemnes ingèrent 1 cc. le 16 avril, 1 /10 de cc. le 18 et 1 /10 de cc. le 21 avril. L'épidémie est brusquement arrêtée. Un cas de dysenterie clinique et bactériologique se déclare encore au 6<sup>e</sup> quartier pendant l'institution du barrage d'immunité chez un maniaque de 69 ans ; une diarrhée d'aspect banal apparaît au même moment et l'épidémie s'arrête définitivement le 14 mai, avec 2 cas de diarrhée simple.

## LA DYSENTERIE DANS LA 3<sup>e</sup> SECTION HOMMES

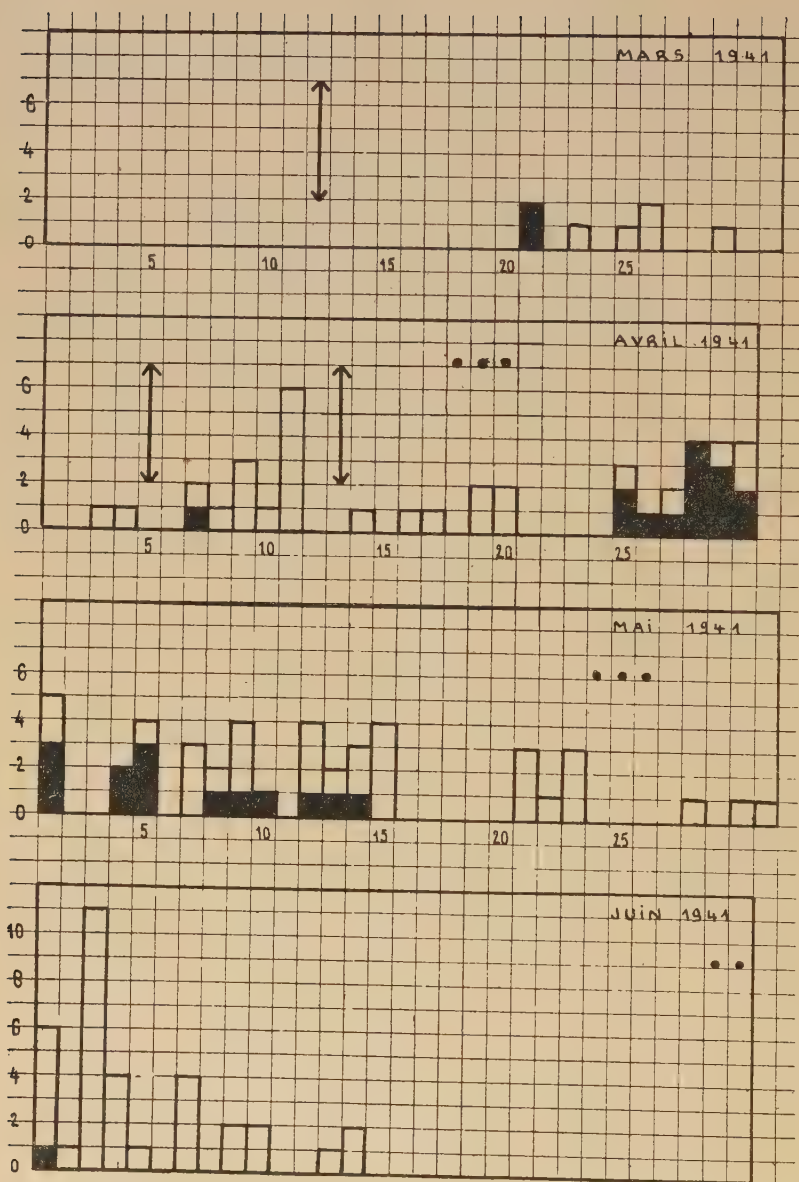
La 3<sup>e</sup> Section Hommes, ouverte à partir de 1932, comprend comme la 2<sup>e</sup> Section, 5 quartiers, numérotés de 1 à 5 et construits en dehors de la masse principale de l'hôpital. Son isolement général, ainsi que celui de chacun des quartiers en particulier est complet. Chaque quartier présente une disposition analogue à celle des anciennes sections, mais l'installation est moderne ; il existe des chambres d'isolement attenantes aux dortoirs, les cabinets sont en plus grand nombre et les salles d'hospitalisation en sont munies.

Le 1<sup>er</sup> quartier est réservé aux malades calmes et travailleurs ; le 2<sup>e</sup> quartier aux admissions et aux mises en observation ; le 3<sup>e</sup> aux agités ; le 4<sup>e</sup> aux malades agités et valides mais malpropres ; le 5<sup>e</sup> aux gâteux et aux grabataires. Les deux dortoirs de l'étage de ce dernier quartier sont occupés en permanence par des sujets alités, dont beaucoup sont des vieillards affaiblis.

Depuis le mois d'octobre 1940, cette section n'ayant pas de Médecin-chef titulaire, l'intérim a été assuré jusqu'au 1<sup>er</sup> mars par le Médecin-chef d'une section de femmes, et à partir de cette date par le Médecin-chef de la 2<sup>e</sup> Section Hommes.

Il est vraisemblable qu'antérieurement au 1<sup>er</sup> mars 1941 des cas de dysenterie plus ou moins atypiques s'étaient manifestés dans la section.

L'observation de l'épidémie débute le 12 mars 1941 par un épisode diarrhéique général parmi les alités du 5<sup>e</sup> quartier (gâteux) ; un tel cas se reproduira encore deux fois, le 5 et le 13 avril.



Schémas des cas journaliers de dysenterie (en noir) et de diarrhée (en blanc) avec les dates de vaccination. Les doubles-flèches verticales indiquent les cas de diarrhée générale au 5<sup>e</sup> quartier.

Le 21 mars apparaît chez un malade du 5<sup>e</sup> quartier une diarrhée banale dont le prélèvement fait 2 jours plus tard est négatif ; le 1<sup>er</sup> avril la diarrhée prend un caractère dysentérique et la guérison survient le 9 avril. En même temps que cette diarrhée, apparaît une dysenterie clinique, non vérifiée par le laboratoire, qui se termine par la guérison le 2 avril.

Le 23 mars, une diarrhée banale se déclare au 4<sup>e</sup> quartier (le prélèvement est négatif) ; elle dure jusqu'au 30 mars. Les cas suivants se produisent de nouveau au 5<sup>e</sup> quartier. C'est là qu'apparaît le 1<sup>er</sup> cas mortel d'une diarrhée devenant dysentérique le 6<sup>e</sup> jour de la maladie. Les cas de dysenterie et de diarrhée augmentent en nombre ; c'est surtout au 5<sup>e</sup> quartier qu'ils se manifestent.

Le 2<sup>e</sup> cas atteignant le 4<sup>e</sup> quartier est celui d'une diarrhée à bactériologie dysentérique négative le 27 avril, et le 3<sup>e</sup> est un cas de dysenterie apparaissant le lendemain dans le même quartier.

Le 3<sup>e</sup> quartier est infecté le 30 avril avec 2 cas de diarrhée sans germes dysentériques ; le 2<sup>e</sup> quartier est atteint par l'épidémie le 5 mai et le 1<sup>er</sup> quartier, le 12 du même mois.

Notons enfin, pour en terminer avec l'épidémiologie, que 3 dysenteries tardives vont apparaître, toutes trois mortelles : 1 cas au mois d'août, et 2 cas au mois de septembre. L'un de ces deux dysentériques a présenté de la diarrhée au cours de l'épidémie que nous décrivons.

Aucune mutation de sujet suspect ou infecté n'explique les diverses contaminations des quartiers de la 3<sup>e</sup> Section Hommes. Y aurait-il eu un porteur de germes qui aurait infecté les divers quartiers ? Rien ne permet de l'affirmer. L'apport infectant reste inconnu.

*Examens de Laboratoire.* — La majorité des examens bactériologiques ont été faits à l'hôpital même, mais ici

encore on dût se contenter de rechercher l'ensemble du groupe dysentérique. Les ensemencements faits par le laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine (M. Peyre) ont été négatifs dans l'ensemble ; il s'est occupé surtout des séro-agglutinations.

Au cours de l'épidémie, il y a eu 125 atteintes intestinales se répartissant en 31 dysenteries et 94 diarrhées. Les examens bactériologiques portent sur 69 cas, dont 30 dysenteries cliniques et 39 diarrhées d'aspect banal. Sur les cas de dysenterie 29 donnent des résultats positifs — quelques-uns d'entre eux présentent des résultats différents à quelques jours d'intervalle — et 1 résultat est négatif. Dans un cas on ne trouve pas de bacille dans les selles le 8 mai et on en trouve le 12, dans 3 autres cas on en trouve le 25, 26, 27 avril et on ne les retrouve pas le 10 mai. Sur les 39 diarrhées, 36 sont bactériologiquement négatives, 3 sont positives.

Au cours de cette épidémie, les résultats des séro-diagnostics n'ont pas donné les résultats attendus. Chez 3 diarrhéiques dont les ensemencements ont été négatifs, la séro-agglutination au bacille de Shiga est négative, et celle au bacille de Flexner n'apparaît qu'une fois à un taux de 1p.50, ce qui est nettement insuffisant pour être considéré comme positif.

Chez 5 sujets ayant été atteints par la dysenterie et ayant présenté des bacilles dans leurs selles, quelque temps après leur guérison, les séro-agglutinations sont toutes négatives.

Dans 6 cas, les sujets ayant présenté de la diarrhée et de la dysenterie, les séro-diagnostics restent négatifs.

En résumé, sur 15 séro-diagnostics tous sont négatifs, alors qu'un certain nombre de sujets ont présenté, soit des bacilles dans les selles, soit un tableau clinique de dysenterie.

Aucune recherche de porteurs de germes n'a été faite dans cette section.

*Statistiques.* — Cette épidémie, beaucoup plus importante que celle de la 2<sup>e</sup> Section, frappe 96 sujets dans l'espace de 3 mois. Sur les 125 atteintes intestinales qu'ils présentent, si on compte les récides, nous avons déjà vu que 94 sont des cas de diarrhée et 31 des cas de dysenterie. Sur 25 malades ayant présenté des rechutes, 2 d'entre eux ont eu 3 diarrhées et l'un des deux est décédé, 15 autres ont eu 2 poussées de diarrhée et 3 sont morts, 7 malades ont eu une dysenterie et une diarrhée et 1 a succombé, enfin 1 malade est mort en présentant un deuxième cas de dysenterie. Le reste, soit 71 malades, n'a présenté qu'une atteinte intestinale.

Il y a eu un total de 29 décès, soit 30,20 p. 100 se répartissant comme suit : 21,87 p. 100 dus à de la dysenterie clinique et bactériologique et 8,33 p. 100 à la diarrhée dont certains cas étaient manifestement dysentériques.

Si on dénombre les cas par quartiers, on constate que le 5<sup>e</sup> quartier, le plus fortement atteint par l'épidémie a présenté 26 cas de dysenterie et 47 cas de diarrhée, le 4<sup>e</sup> quartier 2 cas de dysenterie et 14 cas de diarrhée, le 3<sup>e</sup>, 3 cas de dysenterie et 13 cas de diarrhée, le 2<sup>e</sup> pas de dysenterie et 18 diarrhées, le 1<sup>er</sup> pas de dysenterie et 2 diarrhées.

Ainsi qu'il arrive souvent dans les épidémies de cette nature, le nombre des atteintes de diarrhée est plus important que celui des dysenteries. Notons que parmi ces diarrhées certaines sont bactériologiquement dysentériques ; mais chaque cas doit être étudié séparément.

Si on considère les diagnostics psychiatriques de la totalité des malades, on trouve :

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 26 paralysies générales | 2 manies                 |
| 25 démences séniles     | 1 tabès                  |
| 13 démences précoces    | 1 délire chronique       |
| 5 mélancolies           | 1 perversion instinctive |
| 5 déséquilibres mentaux | 1 délire de jalousie     |

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 5 idioties             | 2 délires de persécution |
| 5 alcoolisme chronique | 1 dépression mentale     |
| 2 délires paranoïdes   | 1 confusion mentale      |

Chez les malades ayant succombé à l'affection on trouve :

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 14 démences séniles     | 1 délire paranoïde  |
| 8 paralysies générales  | 1 idiotie           |
| 2 démences précoces     | 1 manie sénile      |
| 1 déséquilibre délirant | 1 mélancolie sénile |

Si on examine l'âge des malades, on en trouve :

|                            |
|----------------------------|
| 11 âgés entre 21 et 30 ans |
| 14 — 31 et 40 ans          |
| 20 — 41 et 50 ans          |
| 20 — 51 et 60 ans          |
| 19 — 61 et 70 ans          |
| 11 — 71 et 80 ans          |
| 1 âgé de 81 ans            |

Parmi les décédés :

|                                 |
|---------------------------------|
| 4 sujets ont entre 25 et 33 ans |
| 7 — 41 et 50 ans                |
| 3 — 51 et 60 ans                |
| 10 — 61 et 70 ans               |
| 5 — 71 et 80 ans                |
| 1 âgé de 81 ans                 |

Le temps de séjour des malades dans les hôpitaux psychiatriques est variable ; sur les 96 malades :

|                                           |
|-------------------------------------------|
| 24 présentent un séjour entre 0 et 3 mois |
| 4 — — 3 et 6 mois                         |
| 6 — — 6 et 12 mois                        |
| 8 — — 12 et 18 mois                       |

|    |                            |                     |
|----|----------------------------|---------------------|
| 8  | présentent un séjour entre | 1 an 1/2 et 2 ans   |
| 23 | —                          | — 2 et 4 ans        |
| 12 | —                          | — 4 et 10 ans       |
| 10 | —                          | — de plus de 10 ans |

Parmi les malades décédés :

|   |                          |                     |
|---|--------------------------|---------------------|
| 9 | ont fait un séjour entre | 0 et 3 mois         |
| 1 | —                        | — 3 et 6 mois       |
| 3 | —                        | — 6 et 12 mois      |
| 4 | —                        | — 12 et 18 mois     |
| 5 | —                        | — 18 et 24 mois     |
| 4 | —                        | — 2 et 4 ans        |
| 1 | —                        | — 4 et 10 ans       |
| 1 | —                        | — de plus de 10 ans |

Il semble bien que les cas les plus graves aient atteints ceux dont le temps de séjour était le plus court.

*Traitement et Prophylaxie.* — Les moyens curatifs les plus employés dans la 3<sup>e</sup> Section consistent avant tout dans l'utilisation du sérum auquel fut adjoint, avec une efficacité certaine, du bactériophage antidysentérique polyvalent. A titre thérapeutique ce produit a été utilisé à raison de l'ingestion de 10 cc. dans les 24 premières heures (2 cc. toutes les 2 heures), puis à raison de 1 cc. par jour pendant une semaine. Dans certains cas traînants, on ajouta plus tardivement du 1162 F et dans de nombreuses formes avec hypothermie considérable, de l'extrait surrénal.

La lutte prophylactique a été menée de la même façon que dans la 2<sup>e</sup> Section Hommes ; l'isolement des malades et la protection du personnel et des sujets sains ont été rigoureux, la désinfection énergique (1). La différence essen-

---

(1) En pratique, les mesures d'hygiène générale ont été fortement tributaires de la situation générale. Les restrictions qui frappent l'ensemble de la population atteignent aussi les hôpitaux psychiatriques, non seulement au point de vue alimentaire, mais aussi au point de vue charbon, gaz et savon. La lumière elle-même,

tielle a consisté dans l'emploi d'un vaccin bilié buccal du commerce pour tenter de constituer un barrage d'immunité.

Ce vaccin, employé par certains auteurs tant à titre curatif que prophylactique, est ingéré pendant 3 jours de suite. Une première vaccination faite dans tous les quartiers les 18, 19 et 20 avril ne semble donner aucun résultat (voir schéma p. 78). Environ un mois plus tard, une nouvelle vaccination est faite (24, 25 et 26 mai) en laissant de côté le 1<sup>er</sup> quartier. Comme les atteintes de diarrhée se prolongent on décide de vacciner une nouvelle fois les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> quartiers. Mais au moment où cette vaccination est faite, aucun cas nouveau n'est apparu depuis 2 semaines.

En résumé, le 1<sup>er</sup> quartier a reçu 1 fois 3 comprimés de vaccin, les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> quartiers ont reçu 2 fois 3 comprimés et les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> quartiers ont reçu 3 fois 3 comprimés.

Il importe de remarquer que si les vaccinations successives n'ont pas amené un arrêt rapide ou une diminution sensible de la morbidité, la mortalité n'est survenue, dans son ensemble, que chez des malades ayant été vaccinés 1 fois. En effet, nous trouvons chez les dysentériques décédés 1 malade non vacciné, 18 malades vaccinés 1 fois et 2 malades vaccinés 2 fois ; les 8 décédés par diarrhée ont été vaccinés 1 fois. Il faut donc insister sur l'insuffisance de cette vaccination et sur la fausse sécurité qu'elle peut donner.

\* \* \*

Le 23 novembre 1941, dans le quartier des agitées de la 2<sup>e</sup> Section Femmes, une malade placée depuis longtemps, ne quittant jamais son quartier et ne recevant aucune visite, est frappée par la dysenterie. Le 26 novembre, un prélèvement montre dans les selles la présence de bacilles

---

qui aurait du pouvoir pénétrer largement dans les locaux a été fortement restreinte en raison des mesures prises par la défense passive.

du groupe dysentérique ; un deuxième examen fait quelques jours plus tard, ne permet pas de les retrouver. Cette malade est immédiatement isolée et traitée, et tout le quartier reçoit, à titre prophylactique, 1 cc. de bactériophage pendant 10 jours. La malade guérit et aucune nouvelle alerte ne s'est produite depuis.

\* \*

Le 17 janvier 1942, la dysenterie réapparaît au 5<sup>e</sup> quartier de la 3<sup>e</sup> Section Hommes, là où avait été employé l'entéro-vaccin à titre prophylactique. Jusqu'au 2 février, 8 sujets sont atteints par la maladie. L'un d'eux n'avait jamais été vacciné, un l'a été une fois, six l'ont été trois fois. Le bactériophage est donné préventivement à tout le quartier.

\* \*

Il nous paraît intéressant de mettre en parallèle avec l'essai de prophylaxie tenté à Villejuif, celui qui a été publié à Léninegrad en 1938 par O. I. Solovieva, C. E. Maryash, E. M. Novgorodskaja et B. L. Itsekson. Ces auteurs ont expérimenté dans des conditions sensiblement analogues aux nôtres, l'action préventive d'un lysat bactériophagique comparativement à celle de tablettes suivant la méthode de Besredka. La différence essentielle consistait dans le germe en cause, bacille de Shiga à Léninegrad, bacille de Flexner à Villejuif, et dans le fait que les auteurs russes avaient gardé un groupe-témoin de malades non vaccinés. Les conclusions diffèrent sensiblement des nôtres : la morbidité est trois fois moindre chez les sujets vaccinés à l'aide de l'entéro-vaccin que chez les témoins, et seulement deux fois moindre chez les vaccinés à l'aide du bactériophage, alors qu'à Villejuif, l'entéro-vaccin a été peu actif et que l'action du bactériophage a paru remarquable ;

l'immunité conférée par la méthode de Besredka, ajoutent les auteurs russes, est de même ordre que l'immunité conférée par un séjour prolongé dans le centre endémique ; nos observations ne confirment pas entièrement cette façon de voir, mais un long séjour semble apporter un degré d'immunité suffisant pour écarter le plus souvent les formes graves de la maladie.

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La dysenterie bacillaire peut atteindre les hommes et les femmes de tout âge. Elle devient particulièrement grave dans les périodes de misère et de restrictions, comme celle que nous traversons actuellement, parce qu'elle frappe des organismes débilités et affaiblis. D'après les statistiques que nous avons citées au cours de ce travail, il apparaît que les déments séniles, les paralytiques généraux et les déments précoces, sont particulièrement touchés par la maladie. Hippocrate, dans ses *Aphorismes*, affirme que la dysenterie peut guérir la manie. Il n'en est rien ; la dysenterie semble avoir aujourd'hui une influence néfaste sur l'avenir du malade. Un exemple intéressant nous est donné par la 2<sup>e</sup> Section Hommes de l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif : sur les 62 malades guéris, 21 meurent dans les mois suivants, soit par aggravation de l'état mental compliqué de cachexie, soit de cachexie isolée, soit de tuberculose. Comme il se mêle aux atteintes intestinales des œdèmes carentiels, des suffusions sanguines faciles, la lutte prophylactique la meilleure consisterait à fournir aux aliénés une alimentation saine et abondante, quitte à instaurer, dès l'apparition de la maladie, un isolement rigoureux et un barrage d'immunité efficace.

Il est important de remarquer que le tableau clinique, même dans les cas les plus typiques, n'est jamais au complet. Dans les épidémies de l'Hôpital Psychiatrique de

Villejuif, les malades n'ont jamais présenté de signes subjectifs : il n'y a jamais eu ni épreinte, ni tenesme, ni douleur abdominale — y en aurait-il eu qu'il aurait fallu pouvoir leur attribuer une valeur réelle. Il n'y a pas eu d'amaigrissement rapide, de teint terreux, attribuables à l'affection, les malades étant le plus souvent dans un état de dénutrition prononcé avant toute atteinte intestinale. Le plus souvent on se trouvait en présence d'un malade couché dans ses déjections (1). La prise de la température montrait que celle-ci était élevée, puis elle s'effondrait, dans certains cas, au-dessous de 35° les jours suivants. Il y avait alors une asthénie considérable. Certains malades ont présenté soit associé à la dysenterie ou à la diarrhée, soit isolément, des œdèmes carentiels généralisés, blancs, mous, non douloureux à la pression, prenant l'empreinte du doigt, avec ascite et épanchement pleural.

Dans d'autres sections, des malades ont présenté des diarrhées carentielles de type dysentérique, impossible à séparer de la dysenterie vraie sans le laboratoire. La question du diagnostic se complique du fait du déséquilibre alimentaire observé actuellement, puisque dans ce dernier cas, la diarrhée est massive et qu'elle peut prendre un aspect épidémique ; mais le laboratoire et le traitement d'épreuve confirment ce que l'observation clinique ne faisait que soupçonner.

La dysenterie bacillaire, éminemment contagieuse dans les milieux fermés où les conditions d'hygiène sont défectueuses, est une maladie redoutable dans les hôpitaux psychiatriques. Maladie d'autant plus redoutable que les conditions générales économiques sont moins stables, il faut la déceler dès qu'elle apparaît, la combattre en soignant les malades et s'opposer à son extension par la création d'un barrage prophylactique.

---

(1) Rarement sanglantes ; le plus souvent glaireuses.



## CONCLUSIONS

1. — Dans les hôpitaux psychiatriques, les infections dues aux bacilles dysentériques sont plus fréquentes qu'on ne le croit communément, notamment les formes frustes sans manifestations douloureuses.

2. — Comme en tout autre milieu, elles peuvent cliniquement se réduire à une diarrhée en apparence banale, justifiant, si sa fréquence est insolite, des recherches étiologiques systématiques.

3. — Elles ne présentent pas le caractère saisonnier habituellement observé dans l'ensemble de la population, l'hiver ne marquant pas toujours l'arrêt de l'endémie.

4. — Leur gravité paraît plus grande au cours des calamités publiques, surtout à cause des restrictions alimentaires qu'imposent celles-ci, restrictions qui peuvent d'ailleurs donner lieu parallèlement à des troubles carentiels d'un diagnostic malaisé.

5. — Leur fréquence et leur sévérité sont imputables à des facteurs inhérents au milieu particulier des asiles : moindre résistance organique, contagion plus massive, résultant principalement de l'inaptitude inconsciente ou volontaire à des précautions prophylactiques élémentaires.

6. — Les sujets nouvellement hospitalisés paraissent plus exposés à la maladie que ceux dont l'admission

remonte à plusieurs années, une immunisation occulte consécutive à des infections inaperçues semblant possible.

7. — Les déments séniles, les paralytiques généraux et les déments précoces, sont particulièrement sensibles à la dysenterie.

8. — Les examens qui tendent à l'identification directe ou indirecte du germe (coproculture, séro-diagnostic, hémodiagnostic rapide) pouvant, dans certains cas, être en défaut, les symptômes cliniques et la notion épidémique doivent constamment guider la thérapeutique et la prophylaxie.

9. — Dans l'épidémie dont il est rendu compte (Villejuif 1940-1941) l'efficacité thérapeutique des sulfamides — 1162 F — a semblé incertaine ; par contre, l'activité curative du bactériophage a paru réelle.

10. — Les mesures prophylactiques les plus urgentes consistent en l'isolement des malades et des suspects, la désinfection en cours, la protection du personnel infirmier et la réduction aussi marquée que possible des communications entre le quartier infecté et le reste de l'hôpital ; en particulier les relations avec les services généraux (cuisine, lingerie, etc.) doivent être confiées à un personnel prudent et éduqué et il importe de suspendre l'envoi dans d'autres services, en qualité d'employés auxiliaires, de malades actifs provenant du quartier infecté.

11. — Il convient de soumettre l'entourage à un procédé spécifique de prévention, en vue d'établir autour des malades un barrage d'immunité.

Au cours de l'épidémie étudiée, l'entéro-vaccin a paru, sous ce rapport, moins efficace que le bactériophage ; l'anatoxine n'a pas été employée.

Le sérum anti-dysentérique, dont la protection est

brève, peut être réservé à des sujets soumis à un danger soit particulièrement grave, soit éphémère, par exemple à des sujets-contacts (voisins de lit) en mauvais état physique ou aux parents d'un infirmier malade.

12. — Les mesures d'hygiène générale sont éminemment recommandables, soit qu'elles contribuent à diminuer la contagion (propreté corporelle, précautions alimentaires, évacuation correcte des déjections), soit qu'elles tendent à sauvegarder la résistance organique (nourriture substantielle, lutte contre le froid, aération, etc.).



## ANNEXE

### ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE BACILLAIRE DANS UN ASILE D'ALIÉNÉS

### CONSIGNES PROPHYLACTIQUES

Rédigées d'après les indications fournies  
par MM. BEAUSSART et JOANNON  
en avril 1941.

#### I. MESURES CONCERNANT LES MALADES

##### A. — DIAGNOSTIC

##### a) CLINIQUE.

Tenir compte des formes frustes (diarrhées fugaces pouvant passer pour banales).

##### b) BACTÉRIOLOGIQUE.

Flexner seul ou associé avec Shiga?

Selles à ensemençer précocement (sur gélose lactosée tournesolée).

##### c) SÉROLOGIQUE.

Diagnostic relativement tardif.

Intérêt rétrospectif (infections passées parfois inaperçues).

N. B. — Recenser, dans la mesure du possible, tous les cas cliniques, certains ou probables (selles anormales),

mais s'attendre à des infections inapparentes (porteurs sains, *voir plus loin*).

## B. — ISOLEMENT

L'assurer dans la mesure du possible : et par rapport aux quartiers infectés, et par rapport au reste de l'asile.

### a) PAR RAPPORT AUX QUARTIERS INFECTÉS.

L'idéal consisterait à soigner les malades dans des locaux tout à fait séparés :

locaux distincts pour les formes typiques et les formes frustes (sujets suspects) ;

si possible, chambres individuelles avec matériel de traitement individuel ;

personnel suffisant (en nombre et qualité).

Si cette organisation est irréalisable, grouper les malades dans une partie des quartiers infectés et tenir cette zone aussi séparée que possible du reste de ces quartiers.

En tout cas, les précautions suivantes sont désirables :

1° *Protection du personnel* : blouses uniquement réservées au seul service des infectés ; gants de caoutchouc, sabots de bois ou bottes de caoutchouc.

2° *Poste de toilette* : près de l'entrée de la zone isolée, qui ne possédera, autant que possible, qu'une entrée, installer un lavabo ou cuvette pour le savonnage et le brossage des mains et une cuvette avec désinfectant.

3° *Barrages* (draps, paravents, cordes) délimitant les lits contaminés.

### b) PAR RAPPORT AU RESTE DE L'HOPITAL.

Réduire au minimum le nombre des ouvertures permettant de communiquer avec l'ensemble de l'hôpital ; de

même réduire les relations avec les services généraux (cuisine, lingerie, etc.). Confier ces relations à un personnel prudent et éduqué, capable de prendre des précautions de propreté élémentaires (lavage et désinfection des mains avant le départ ; exclusion du personnel soignant les contaminés).

Suspendre l'envoi dans d'autres services des malades actifs (employés auxiliaires) placés aux quartiers infectés.

Éviter les affectations ou passages d'infirmiers des quartiers infectés aux quartiers indemnes. Le chef veilleur et le surveillant général, en particulier, au cours de leurs rondes, devront s'abstenir, autant que faire se peut, de tout contact avec les zones contaminantes, ou, s'ils ne peuvent s'en dispenser, ils auront à prendre toutes les précautions ci-dessus indiquées.

### C. — DÉSINFECTION

Bassins et seaux contenant les selles (solution crésolée à 4 p. 100 ou sulfate de cuivre à 5 p. 100) ;

W. C. chlorure de chaux, très largement utilisé (sur les murs et le sol) ; imprégnation constante nécessaire ;

Désinfection des thermomètres ;

Sol du service lavé avec une solution désinfectante (par exemple une solution d'eau de Javel à 10 p. 100) ;

A toute entrée, en particulier à celles des locaux de traitement et des W. C., placer une serpillière imbibée de solution crésolée forte à 4 p. 100 ;

Mettre les linges souillés dans des récipients métalliques ou des sacs (désinfection préalable au blanchiment) ;

Literie : désinfection des matelas et couvertures ; désinfection des parties métalliques des lits (au besoin faire usage de la lampe à souder).

## II. MESURES CONCERNANT L'ENTOURAGE

### A. — ÉVICTION DES SUSPECTS

Pratiquement impossible, à défaut d'un quartier de contagieux pour l'ensemble de l'établissement. Il faut, avant tout, éviter de les muter à un quartier ou service indemne, pour ne pas favoriser le transfert épidémique.

Envisager des mutations intérieures, restreintes, au sein du service infecté? Elles deviennent inopérantes, lorsque la diffusion microbienne est déjà réalisée dans plusieurs quartiers.

D'autre part, elles seraient difficiles, ou impossibles, du fait de la catégorisation des malades mentaux; comment mettre des agités parmi des tranquilles?

Quelques mesures deviennent néanmoins utiles :

1° *Suspects cliniques* (selles anormales) : essayer de les grouper à part.

2° *Suspects épidémiologiques* (tout l'effectif des quartiers infectés) : ne pas envoyer certains de ces malades, notamment les tranquilles servant d'employés, dans d'autres parties de l'asile.

3° *Suspects bactériologiques* : grande difficulté de la recherche systématique, générale et continue, des porteurs de germes dysentériques (procédé infidèle; intermittences trompeuses; résultats faussement négatifs).

L'épidémie paraît avant tout entretenue par les obstacles opposés à une correcte élimination des matières excrémentaires.

Néanmoins desensemencements sont utiles, concernant : les médecins, les infirmiers (et leurs familles) et certains malades (travailleurs); d'une façon générale, tous ceux qui ont des relations avec le reste de l'hôpital ou le milieu extérieur.

Ne laisser faire de corvées extérieures (c'est-à-dire hors des quartiers infectés) qu'à des non-porteurs — selles normales, ensemencements négatifs.

Enfin, s'assurer de cette garantie au sujet du personnel chargé de distribuer les repas.

En résumé : réduire les « sorties » et essayer de répartir l'effectif des quartiers infectés en petits groupes (ségrégation).

D'autre part, supprimer toute nouvelle admission. Plus « d'entrée » jusqu'à la fin de l'épidémie.

Interdire les visites de l'extérieur pour les cas en évolution.

Signaler aux asiles destinataires, en cas de transferts, les malades qui ont été infectés et ne procéder à ces sorties qu'une fois l'infection éteinte. Signaler également les malades qui auraient été placés dans des quartiers infectés.

## B. — IMMUNISATION

### a) SÉRUMS.

Protection malheureusement très brève (15 jours ou moins).

L'effectif menacé demeurant dans des locaux infectés serait, après ce délai, exposé au même risque qu'avant (tout autre serait la situation d'une troupe qui, après l'immunisation passive, « lèverait le camp »).

Néanmoins, le sérum pourrait être injecté à titre préventif à quelques sujets soumis à un danger soit particulièrement grave, soit éphémère (exemples : voisins de lit en mauvais état physique, famille d'un infirmier malade).

### b) BACTÉRIOPHAGE.

Pourquoi pas? Innocuité reconnue; efficacité dans certaines conditions (milieu déjà infecté, microbe lysé par les souches employées).

1° *Dans les quartiers infectés.* — Il serait légitime de l'employer immédiatement à titre préventif et éventuellement à titre curatif.

2° *Dans le reste de l'hôpital :* Le tenir en réserve, au cas où un nouveau foyer éclaterait dans un quartier encore indemne.

c) VACCIN.

La vaccination par voie sous-cutanée donne lieu à des réactions si vives qu'elle ne peut être habituellement utilisée.

La vaccination par voie buccale (pilules de vaccin) est à envisager.

Dans les quartiers infectés, elle serait justifiée après l'emploi du bactériophage, pour confirmer la résistance spécifique (dite immunité).

Dans le reste de l'hôpital, sa mise en œuvre immédiate serait légitime.

Si un vaccin « sur mesure » peut être préparé, il serait sans doute préférable à un stock-vaccin.

\*  
\* \*

L'immunisation est la mesure principale. Il faut tâcher d'établir, le plus rapidement possible, un « barrage d'immunité ». L'isolement et la désinfection ne sont qu'au second plan.

N. B. — La chimioprophylaxie (par exemple au moyen du stovarsol ou des sulfamides) serait-elle utilisable? Il n'y a pas de documentation sur ce point. En tout cas, emploi de courte durée, sous peine d'intoxication.

## C. — MESURES GÉNÉRALES DE SAUVEGARDE

### a) MESURES TENDANT A DIMINUER LA CONTAGION.

1<sup>o</sup> *Propreté corporelle* : Avant tout propreté des mains, spécialement avant le repas (brosse et savon dans certains cas ; antiseptiser le bout des doigts des inéducables, si possible avec une substance colorée en vue de faciliter le contrôle) ; ongles coupés courts ; visage ; reste du corps (douches, bains).

2<sup>o</sup> *Propreté alimentaire* : Aliments cuits, servis chauds.

Bannir ou raréfier les aliments crus ou froids (après cuisson) tels que la charcuterie.

Envisager le flambage du pain (périphérie sur gaz ; couteau flambé).

Analyser l'eau (de la distribution publique) prélevée dans la journée ; en cas de doute sur sa valeur (altération possible dans le passage à travers le service) puiser l'eau dont le service a besoin, à des robinets situés dans les quartiers indemnes.

### b) MESURES TENDANT A SAUVEGARDER LA RÉSISTANCE GÉNÉRALE ET LOCALE

Qualité de l'alimentation (difficultés actuelles) ; lutte contre le froid (locaux, vêtements) ; aération et exercices (malaisément organisés) ; hydrothérapie non ménagée.

N. B. — Des améliorations importantes apportées à l'état actuel des locaux diminueraient de façon très notable et fort désirable les risques épidémiques : un plus large accès de la lumière solaire ; une meilleure évacuation des matières excrémentaires (notamment W. C. lavables au jet) ; un cloisonnement mieux étudié des locaux ; une réfection du sol en vue de le rendre imperméable ou facilement lavable, sont les progrès les plus nécessaires.



## BIBLIOGRAPHIE

- BESREDKA : « De la vaccination par voie buccale contre la dysenterie, la fièvre typhoïde et le choléra ». (*Revue d'Hygiène et de Médecine préventive*, t. II, juin 1927, p. 445.)
- BEZIEAUD : *Toxines et antigènes des bacilles dysentériques*. (Thèse, Paris, 1940.)
- BLANC et CAMINOPETROS : « Contribution à l'étude expérimentale de la vaccination antidysentérique appliquée à l'homme par voie buccale et par voie sous-cutanée. La vaccination par bacilles vivants ». (*Revue d'Hygiène et de Médecine préventive*, t. L, 1928, p. 321.)
- BOUFFARD et VANCEL : « Essai de prophylaxie en Afrique Équatoriale Française des dysenteries bacillaires par la toxine formolée ». (*Bull. de la Société de Pathologie exotique*, t. XXVI, 1933, p. 154.)
- BOULAY : *Les sulfamides dans le traitement des dysenteries bacillaires*. (Thèse, Paris 1941.)
- BRAUN, ROUSSEL, JOB : « Le bacille spécifique de la dysenterie épidémique ». (*Lyon médical*, t. CIV-I, p. 3, 1<sup>er</sup> janvier 1905.)
- BRUMPT : « L'hémodiagnostic rapide des affections paratyphiques, du typhus exanthématique, des brucelloses et des dysenteries bacillaires ». (*Presse médicale*, 16-19 juillet 1941, p. 765.)
- BUCKLE : « Dysentary bacillary in mental hospital ». (*Lancet*, 1938-II, p. 913.)
- CALALB : « Sur la variabilité microbienne au cours d'une infection (dysenterie bacillaire) ». (*C. R. Société de Biologie*, t. CII, 1929-III, p. 162.)
- CANTUERN : *Contribution à l'étude du traitement des syndromes dysentériques et des diarrhées chroniques par les stocks auto-vaccins*. (Thèse, Lyon, 1920-1921.)
- CHANTEMESSE et WIDAL : « Sur le microbe de la dysenterie épidémique ». (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 1888, t. XIX, p. 522.)
- Compte rendu des séances du Conseil d'Hygiène et de salubrité du département de la Seine (années 1940-1941.)

- COMPTON : « Antidysentery bacteriophage in the treatment of bacillary dysentery. A record of 66 cases treated, with infereences ». (*The Lancet*, 1929-II, p. 273.)
- COSTA, BOYER, VAN DEINSE : « Vaccination antidysentérique (Bacille de Flexner) collective par la voie digestive ». (*C. R. Société de Biologie*, t. VIIC, 1925, p. 122.)
- CUYNAT : *Diagnostic des dysenteries*. (Thèse, Paris, 1925.)
- H. DAGONET, J. DAGONET, DUHAMEL : *Traité des maladies mentales* (1894).
- DAMADE : *Étude d'une épidémie de dysenterie bacillaire*. (Thèse, Bordeaux, 1918-1919.)
- DE LAVERGNE, MELMOTTE, DEBENEDETTI : « Sur la séro-agglutination dans la dysenterie à bacille de Flexner ». (*C. R. de la Société de Biologie*, t. CIII, 1930, p. 1251.)
- DEVIC : *A propos d'une épidémie de dysenterie bacillaire observée en 1916*. (Thèse, Lyon, 1917-1918.)
- D'HERELLE : *Le bactériophage, son rôle dans l'immunité*. (Masson, 1921.)
- D'HERELLE : « Le bacteriophage et ses applications thérapeutiques ». (Doin, 1933 : *Pratique médicale illustrée*.)
- DOPTER : *Les dysenteries. Étude bactériologique*. (Doin, 1909.)
- DOPTER : *Les dysenteries, anatomie pathologique, clinique et thérapeutique*. (Doin, 1910.)
- DOPTER : « La dysenterie bacillaire ». (*Nouveau Traité de Médecine* ROGER, WIDAL et TEISSIER, fascicule III, p. 267.)
- DOPTER : « La diarrhée simple, forme larvée de la dysenterie bacillaire ». (*Gazette des Hôpitaux*, 11 juillet 1905, n° 78.)
- DOPTER et de LAVERGNE : « Épidémiologie ». (*Traité d'Hygiène*, publié sous la direction de MARTIN et BROUARDEL, t. XIX et XX, 1925.)
- DOPTER et SAQUÉPÉE : *Précis de Bactériologie* (Bailliére, 1933.)
- DUMAS : « La dysenterie bacillaire ». (Doin, 1938 : *La Pratique médicale illustrée* n° 52.)
- DUMAS : « Prophylaxie de la dysenterie bacillaire. Modes de vaccination préventive ». (*Revue d'Hygiène et de Médecine préventive*, 1922, p. 1059.)
- DUMAS, RAMON, SAID BILAL : « Anatoxine dysentérique ». (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1926, t. XL, p. 134.)

- DUMAS, RAMON, SAID BILAL : « Les propriétés immunisantes de l'anatoxine dysentérique ». (C. R. Académie des Sciences, juillet 1925.)
- DUMAS, SAENZ : « Diagnostic bactériologique de la dysenterie bacillaire ». (*Journal de Médecine*, septembre 1929.)
- « Dysenterie bacillaire » in *Encyclopédie médico-chirurgicale*.
- J. EGUCHI, OHSTUBO et C. EGUCHI : « Prophylaxie de la dysenterie au moyen de l'immunisation par voie buccale ». (*Bull. de l'Office international d'Hygiène publique*, avril 1933, t. XXV, p. 639.)
- J. EGUCHI : « Efficacité du bilivaccin dans la prophylaxie de la dysenterie et de l'Ekiri ». (*Bull. de l'Office international d'Hygiène publique*, t. XXIV, 1<sup>er</sup> semestre, p. 297.)
- FARRAN-RIDGE, DORA LUSH : « A bacteriological investigation of asylum dysentery occurring at Mont Park ». (*The Medical Journal of Australia*, 1933-II, p. 743.)
- FELSEN, OSOFSKY : « Control agglutination studies against bacillus dysenteriae on the sera of 300 individuals in New-York City ». (*American Journal of Public Health*, t. XXV, 1935, p. 1027.)
- NOEL FIESSINGER, OLIVIER, HERBAIN : *Diagnostics biologiques*. (Maloine, 1938.)
- FLETCHER, DORIS L. MACKINSON : « Contribution à l'étude de la chronicité chez les porteurs de germes dysentériques ». (*Medical research Committee. Special report series*, n° 29, Londres, 1919.)
- FOUQUET : *De la dysenterie* (1852).
- GELLER : « Typhus und Ruherkrankungen in Irrenanstalten ». (*Psychiat. Neurol. Wchnschr*, 1936, t. XXXVIII, p. 142.)
- GANEVA : *Les spoliations chlorurées au cours des dysenteries bacillaires, azolémie consécutive, traitement par la rechloruration*. (Thèse, Paris, 1941, Université.)
- RUTH GILBERT et COLEMAN : « Cases of dysentery in New-York State attributed to B. dysenteriae Sonne ». (*American Journal of Public Health*, 1919, t. XIX, p. 312.)
- GOUNELLE, MARCHE : « La thérapeutique moderne de la dysenterie bacillaire ». (*Paris médical*, nos 23-24, 10 juin 1941.)
- HILLIARD : « Dysentery in mental hospital with special reference to the type of organism involved ». (*The Medical Journal of Australia*, 1925, II, p. 695.)
- JOB : « La dysenterie bacillaire dans les collectivités. Étiologie. Mode de propagation. Prophylaxie ». (*Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, 1905, t. XXVII, p. 1072.)

- JOB : « La conception actuelle de la dysenterie bacillaire ». (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaire*, avril 1921, t. LXXIV, p. 368.)
- KNOBEL : « On the etiology of asylum dysentery ». (*The journal of Mental Science*, 1906, t. LII, p. 316.)
- KOURILSKY, SICARD, BARRIER : « Étude clinique d'une épidémie hospitalière à B. de Flexner ». (*Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, nos 19 et 20, 1941, p. 543.)
- KOURILSKY, BRUMPT, SICARD : « Étude du séro et de l'hémo-diagnostic au cours d'une épidémie hospitalière à bacille de Flexner ». (*Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, nos 19 et 20, 1941, p. 546.)
- KRUSE : « Über rukranliche Erkrankungen in Irrenanstalten ». (*Psychiat. Wchnschr. Halle*, A. S. 1900-1901, II, p. 397.)
- LAWS : « Sonne dysentery in mental hospital ». (*Lancet*, 1936, I, 25 janvier, p. 192.)
- LITTERAL, STEELE : « Epidemic bacillary dysentery in a hospital for the insane ». (*American Journal of Public Health*, 1937, t. XXVII, p. 819.)
- MACMILLAN : « The prophylaxis and treatment of asylum dysentery ». (*The Journal of Mental Science*, t. IIL, juillet 1902, p. 509.)
- MARTIN : « Endemic bacillary dysentery ». (*The Journal of Mental Science*, t. LXXXIII, 1937, p. 289.)
- MOREUL : *Les bactéries de la dysenterie bacillaire*. (Thèse de Doctorat de l'Université de Paris. Pharmacie, 1909-1910.)
- NICOLLE et CONSEIL : Vaccinations préventives par voie digestive chez l'homme dans la dysenterie bacillaire et la fièvre méditerranéenne ». (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1922, t. XXXVI, p. 579, et *C. R. de l'Académie des Sciences*, 13 mars 1922.)
- PACHECO : « Méthode permettant d'établir le diagnostic bactériologique de la dysenterie bacillaire en 24 heures ». (*Revue d'Hygiène et de Médecine préventive*, mars 1928.)
- PACHECO, RODRIGUES : « Sur la classification des bacilles dysentériques ». (*C. R. de la Société de Biologie*, 1930, t. CIII, p. 1324.)
- PADDLE : « The control of dysentery by prophylactil inoculation ». (*The Journal of Mental Science*, 1938, t. LXXXIV, p. 134.)
- PANGALOS : « Action de la bile sur les vaccins dysentériques ». (*C. R. de la Société de Biologie*, 1932, t. LX, p. 678.)
- Mlle PASCAL : « Vaccination anti-dysentérique par voie buccale ». (*C. R. de la Société de Biologie*, 1924, t. XIC, p. 874.)

- PINEL : *Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. (Paris, an IX.)
- QUERANJAL DES ESSARTS : « Le bactériophage dans une épidémie de dysenterie bacillaire (applications thérapeutiques et prophylactiques) ». (*Bull. de la Société de Pathologie exotique*, 1933, t. XXVI, p. 979.)
- Rapports médicaux annuels de l'Hôpital Psychiatrique de la Charité-sur-Loire au Conseil général (1921 à 1937.)
- RATHERY : « A propos du séro-diagnostic de la dysenterie ». (*Bull. et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, t. IXL, 3<sup>e</sup> série, 1917, p. 315.)
- RAVAUT : « A propos du séro-diagnostic de la dysenterie ». (*Bull. et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, t. IXL, 1916-II, p. 1920.)
- RHEIN : « Dysenterie bacillaire du type Kruse-Sonne ». (*C. R. Société de Biologie*, 1933, t. CXII, p. 814.)
- RINTOUL : « An epidemic of dysentery due to bacillus dysenteriae Y of Hiss ». (*The British medical Journal*, 1931, I, p. 138.)
- RISS : *Observation épidémiologique sur une épidémie de dysenterie bacillaire* (98<sup>e</sup> R. I.), 1905-1906. (Thèse, Lyon, 1907-1908.)
- SAVY : *Traité de Thérapeutique clinique*. (Masson, 1940.)
- O. I. SOLOVIEVA, C. E. MARYASH, E. M. NOVGORODSKAJA, B. L. ITSEKSON : « On the fate of Dysentery bacillus in an infected organism ». (*Transact. Past. Inst. Epidem. Bact. Leningrad*, t. VI, 1938, p. 46.)
- TANON, CAMBESSÉDES : « De la désinfection des porteurs de germes » (*Tribune médicale*, 20 mai 1929.)
- VAILLARD : « Les porteurs de germes en épidémiologie ». (*Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1912, p. 306.)
- VERDUN : *De la dysenterie bacillaire, son étiologie, ses formes chroniques et larvées, son traitement par le sérum anti-dysentérique*. (Thèse, Nancy, 1907-1908.)
- WAALER : *Studies on the dissociation of the dysentery bacilli*. (Thèse médecine, Oslo, 1935.)
- ZIMMERMANN : *Traité de la dysenterie* (1775).
- ZÆLLER : « Bacille de Shiga auto-agglutinable ». (*C. R. de la Société de Biologie*, 1921, I, t. LXXXIV, p. 87.)



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                       |   |
|-----------------------|---|
| INTRODUCTION. . . . . | 9 |
|-----------------------|---|

### LA DYSENTERIE BACILLAIRE

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| HISTORIQUE. . . . .                                                     | 11        |
| Généralités. . . . .                                                    | 11        |
| La dysenterie dans les Asiles. . . . .                                  | 14        |
| EPIDÉMIOLOGIE. . . . .                                                  | 18        |
| Notions anciennes. . . . .                                              | 18        |
| Génie épidémiologique de la dysenterie. . . . .                         | 20        |
| La dysenterie dans les milieux fermés. . . . .                          | 22        |
| DIAGNOSTIC. . . . .                                                     | 30        |
| Diagnostic clinique. . . . .                                            | 30        |
| Diagnostic bactériologique. Les porteurs de germes. . . . .             | 32        |
| Diagnostic biologique. . . . .                                          | 38        |
| MESURES DE PROPHYLAXIE. . . . .                                         | 44        |
| <i>Mesures concernant le malade et le personnel soignant. . . . .</i>   | <i>45</i> |
| Isolement. Protection du personnel. . . . .                             | 45        |
| Désinfection. . . . .                                                   | 49        |
| <i>Mesures concernant l'entourage. . . . .</i>                          | <i>51</i> |
| Éviction des suspects. . . . .                                          | 51        |
| Immunisation. . . . .                                                   | 53        |
| Sérums. . . . .                                                         | 53        |
| Vaccins. . . . .                                                        | 54        |
| Bactériophage. . . . .                                                  | 57        |
| Anatoxine anti-dysentérique. . . . .                                    | 58        |
| <i>Mesures d'hygiène générale. . . . .</i>                              | <i>59</i> |
| Mesures tendant à diminuer la contagion. . . . .                        | 59        |
| Mesures tendant à sauvegarder la résistance générale et locale. . . . . | 60        |

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE VILLEJUIF

|                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| GÉNÉRALITÉS . . . . .                                                                                             | 63  |
| LA DYSENTERIE DANS LA 2 <sup>e</sup> SECTION HOMMES . . . . .                                                     | 65  |
| Examens de laboratoire. . . . .                                                                                   | 71  |
| Statistiques . . . . .                                                                                            | 72  |
| Traitement et Prophylaxie . . . . .                                                                               | 74  |
| LA DYSENTERIE DANS LA 3 <sup>e</sup> SECTION HOMMES . . . . .                                                     | 77  |
| Examens de laboratoire. . . . .                                                                                   | 79  |
| Statistiques . . . . .                                                                                            | 81  |
| Traitement et Prophylaxie . . . . .                                                                               | 83  |
| CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. . . . .                                                                                 | 86  |
| CONCLUSIONS. . . . .                                                                                              | 89  |
| <i>Annexe.</i> — ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE BACILLAIRE DANS UN<br>ASILE D'ALIÉNÉ. Consignes prophylactiques . . . . . | 93  |
| BIBLIOGRAPHIE. . . . .                                                                                            | 101 |

Vu :  
*Le Président de la thèse :*  
TANON.

Vu :  
*Le Doyen,*  
BAUDOIN.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
Gilbert GIDEL.









